



TEKNOLOGISK
INSTITUT

Patientsikkerhed i liggende sygetransport



Maj 2013

Teknologisk Institut
Center for Arbejdsliv
Gregersensvej 1
2630 Taastrup
Tlf.: 7220 2620
E-mail: arbejdsliv@teknologisk.dk
www.teknologisk.dk

ISBN: 978-87-92237-39-2

Rapporten er udarbejdet af konsulenterne Eva-Carina Nørskov og Gitte Holm Rasmussen, med bistand fra stud. Adina Vind, stud. Anneline Sandø, og sekretær Christina Rosendahl fra Teknologisk Institut, Arbejdsliv.

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
1. Indledning	5
Præsentation af undersøgelsens baggrund og formål	5
Undersøgelsens hovedfelter	6
Præsentation af undersøgelsens metode.....	7
Organiseringen bag projektet	9
Læsevejledning til rapporten	9
2. Opsummering af undersøgelsens resultat	11
Den liggende sygetransport i Danmark	11
Sikker transport og håndtering af patienterne	11
Samarbejde med hospitaler og det præhospitale miljø	12
Uddannelse af medarbejderne	13
Fysisk arbejdsmiljø	14
Psykisk arbejdsmiljø	14
3. Den liggende sygetransport i Danmark	15
Det præhospitale område i bevægelse.....	16
Organisering af arbejdet, opgavernes karakter samt arbejdsmiljø	17
Det præhospitale system	18
Vagtcentralen.....	19
4. Hverdagsbilleder fra den liggende sygetransport	20
Hjemtransport fra skadestue til aflastningshjem	20
Den ængstelige patient - transport fra kardiologisk laboratorium til kardiologisk afdeling	22
Den terminale patient med følge af ægtefælle	22
Kommunikation med vagtcentralen når der opstår tvivl om patientens situation og tilstedeværelse.....	24
Transport af patient til egen bolig uden kontakt til hjemmeplejen	25
5. Sikker transport og håndtering af patienterne	27
Oplysninger om og kontakt med patienterne	27
Kommunikation med patienterne	28
Håndtering i forhold til patienternes sygdomme	29
Skånsom flytning af patienterne.....	30
Akut opståede situationer	31
Smitterisiko og hygiejne.....	32
Transport- og kørselssikkerhed	33
Den trygge kørsel	34
Køretøjets udformning og forhold i bilen	34
Konklusion	36

6.	Samarbejde med hospitaler og det præhospitale miljø	37
	Samarbejde med ledere og kolleger	37
	Kontakten til vagtcentralen	38
	Patienterne og de pårørende	39
	Personale på hospitaler og institutioner	40
	Kontakt og samarbejde med hospital	40
	Kontakt og samarbejde med plejehjem m.fl.	41
	Kontakt og samarbejde med hospice	42
	Konklusion	42
7.	Uddannelse af medarbejdere	43
	Medarbejdernes uddannelse.....	43
	Uddannelse ved AMU-udbydere	44
	Leverandørernes uddannelseskultur	46
	Konklusion	47
8.	Det fysiske arbejdsmiljø	48
	Stationen og bilen som arbejdsplads.....	48
	Det tunge arbejde og forflytningerne.....	50
	Tilkørsels- og adgangsforhold	54
	Konklusion	55
9.	Psykisk arbejdsmiljø.....	56
	Indflydelse på arbejdet	56
	Kompetence i jobbet.....	57
	Kontakten med patienterne og de pårørende	57
	Støttekulturen fra ledere og kolleger	58
	Ansættelsesforhold.....	59
	Konklusion	59
10.	Fremtidsperspektiver	61
	Diskussion om den fremtidige organisering af den liggende sygetransport	61
	Diskussion om sikker transport og håndtering af patienterne.....	62
	Diskussion om uddannelse	63
	Diskussion om akkreditering.....	66
	Diskussion om medarbejdernes ansættelsesforhold	67
	Diskussion om de fysiske forhold	67
	Diskussion om betydningen af opmærksomhed, kvalitet og opbygning af støttekultur.....	68
11.	Litteraturliste.....	71
	Bilag 1 - Skema over kørslerne	73
	Bilag 2 - Oversigt over øvrige gennemførte interview	74
	Bilag 3 - Oversigt over deltagergrupper repræsenteret ved udviklingsworkshop	76

1. Indledning

Præsentation af undersøgelsens baggrund og formål

Det er de Danske Regioner, der har ansvaret for ambulancekørsel og sygetransport i Danmark. Regionerne kan enten selv have en sygetransporttjeneste eller kan udbyde opgaven til andre. Der gennemføres udbudsrunder med regelmæssige intervaller. I Danmark har den liggende sygetransport hidtil været udført af Falck Danmark A/S eller kommunale brandvæsener. Der findes andre mulige leverandører.

I forbindelse med regionernes udbud af ambulancekørslen i 2008 valgte fire ud af fem regioner - helt eller delvist - at adskille den liggende sygetransport fra den akutte ambulancekørsel. I dag er opgaven organiseret på en sådan måde, at man i hver region har en vagtcentral til prioritering, planlægning samt disponering, og at leverandørernes køretøjer har en primær geografisk tilknytning, men kan disponeres til andre områder.

Medarbejdere der varetager liggende sygetransport udfører ikke længere andre funktioner inden for assistance- og ambulancetjeneste. Medarbejderne har dermed afgrænsede jobfunktioner, hvor der stilles krav til kvalifikationer omfattende fysiske og psykiske sygdomme, kommunikation og håndtering af syge borgere, borgere der er udviklingshæmmede eller har en psykiatrisk diagnose.



Køretøjer og udstyr skal opfylde EU-standarderne: DS/EN 1789:2007, A1 for køretøjets indretning hhv. DS/EN 1865:2000 om specifikationer for bære-, løfte- og bæredstyr. I nogle regioner er det i udbudsmaterialet beskrevet, at der i den pågældende region skal være en tilgængelig enhed med udstyr til at håndtere patienter på mere end 200 kg. Der er ikke krav om iltinstallation eller monitoreringsudstyr.

Der findes i dag ingen lov eller bekendtgørelse, som omhandler krav til uddannelse for de medarbejdere, der beskæftiger sig med liggende sygetransport. Udførelse af arbejdsopgaverne er ikke certifikatbelagt. Chaufføren skal overholde lovgivningens krav til erhvervmæssig personbefordring. Erhvervmæssig

personbefordring er taxikørsel og sygetransport med et dansk indregistreret motorkøretøj indrettet til befordring af højst 9 personer, føreren medregnet (Trafikstyrelsen).

Leverandøren skal endvidere sikre, at begge medarbejdere i bilen har førstehjælpskursus og fornøden uddannelse til:

- Betjening af vognens udstyr.
- Kendskab til reglerne for transport af patienter.
- Løfte- og bæreteknikker i forhold til liggende patienter.
- Anvendelse af defibrillator til lægmandsbrug (når den findes i køretøjet).
- Anvendelse af kommunikationsudstyr.
-

Leverandørerne anvender typisk en 20 dages AMU-uddannelse, udbudt under Transporterhvervets Uddannelser (TUR).

De fysiske påvirkninger inden for faget er kendt og anerkendt som belastende, hvor forekomsten af rygskader er den væsentligste arbejdsmiljørisiko. Denne risiko forventes at blive forværret i fremtiden som følge af en aldrende medarbejdergruppe og tungere patienter. Dertil kommer en række psykiske påvirkninger i arbejdet; f.eks. om måden arbejdet er tilrettelagt på giver medarbejderne mulighed for at deltage i samtaler, hvor de psykiske påvirkninger af arbejdet med psykisk syge mennesker eller mennesker i sorg og krise kan bearbejdes.

Denne analyse vil på baggrund af en kvalitativ beskrivelse af forhold omkring patient-sikkerhed, kvalitet i opgavevaretagelse og arbejdsmiljø for medarbejderne skabe grundlag for en vurdering af afsættet for den fremtidige udvikling af den liggende sygetransport.

Undersøgelsens hovedfelter

Projektet har undersøgt fem områder, som har betydning for patienternes sikkerhed og for medarbejdernes mulighed for at udføre arbejdet med kvalitet og sikkerhedsmæssigt korrekt.

Organisering af sygetransporten i et regionalt område:

- Det er blevet undersøgt, hvilke krav der kan stilles til en selvstændig enhed med liggende sygetransport, som er adskilt fra ambulancekørsel og anden patienttransport, og der er sat fokus på, hvorledes den overordnede organisering kan sætte sig igennem i forhold til løsningen af arbejdsopgaverne.

Tilrettelæggelsen af køreruter og arbejds gange:

- Den overordnede organisering har indflydelse på tilrettelæggelse af køreruter og på mulighederne for at tilrettelægge køreruter og arbejds gange bedst muligt inden for regionerne, og for hvordan man kan planlægge tid til eksempelvis samtaler, instruktion af arbejdsopgaver og interne møder med medarbejderne.

Medarbejdernes kvalifikationer:

- Undersøgelsen har indgående belyst, hvilke faglige kvalifikationer medarbejderne har brug for i den daglige omgang med patienterne, som ikke er akut behandlingskrævende, men som kan være udviklings- eller bevægelseshæmmede, er syge (har forskellige diagnoser) og/eller er aldersmæssigt svækkede. Undersøgelsen har i den sammenhæng endvidere afdækket, hvordan disse kvalifikationer kan udfolde sig for at kunne understøtte den nødvendige patientsikkerhed.

Køretøjer og udstyr:

- Et andet forhold af betydning for patientsikkerheden er køretøjerne og det materiel og udstyr, der anvendes i dag. På tilsvarende vis er køretøjer og udstyr væsentlige i forhold til at kunne vurdere, hvordan betingelserne er for at modvirke arbejdsulykker og nedslidning af medarbejderne.

Det fysiske og psykiske arbejdsmiljø for medarbejderne:

- Undersøgelsen afdækker, hvilke krav der skal stilles til det fysiske og psykiske arbejdsmiljø for at sikre, at medarbejderne ikke bliver skadet eller nedslidt.

Præsentation af undersøgelsens metode

Det præhospitale område er et område, som har fået større bevågenhed inden for de senere år i lyset af den ændrede sygehusstruktur og ønsket om en skarpere prioritering i sundhedsvæsenet. Der har således været en serie diskussioner på de politiske niveauer om akutberedskabets status, og der har været gennemført evalueringer. Fokus har imidlertid i særlig grad omhandlet de præhospitale ydelser vedrørende akuthelikoptere, lægebiler og ambulancer¹, mens der har manglet viden om konsekvenser af ændringerne inden for den del af det præhospitale område, som omhandler liggende sygetransport.

Metodemæssigt har ovenfor nævnte undersøgelser baseret sig på cost benefit analyse, kvantitativ og kvalitativ undersøgelsesmetodik, eller en kombination heraf. Nærværende undersøgelse har alene baseret sig på et kvalitativt metodedesign. Undersøgelsen har anvendt forskellige kvalitative metoder.

Der er gennemført en indledende desk research på feltet, rapportens forfattere har deltaget ved observationer af arbejdet (samlet set i alt syv dagvagter af mellem 10 og 12 timers varighed - se bilag 1), og der er gennemført interview med relevante aktører; medarbejdere og ledere samt samarbejdspartnere (se bilag 2). Endelig er der ved en udviklingsworkshop med 39 deltagere (se bilag 3) blevet opstillet fremtidsbilleder, som

¹ Brøcker, Anne m.fl.: Anæstesisygeplejersker og paramedicinere i det præhospitale beredskab. KORA 2012, Kjellberg og Kjellberg: Præhospital indsats - hvem redder dig. KORA 2012, Mærsk Nielsen og Nørskov: Ambulance, assistance og redning - en analyse af branche- og uddannelsesstrukturer, 2012, Vinge, Sidsel: Det præhospitale område i Sjælland - En interviewundersøgelse af medarbejdernes perspektiv. 2013.

har udpeget væsentlige udviklingsperspektiver vedrørende patientsikkerhed, den fremtidige organisering samt udviklingsperspektiver for kvalifikationsudvikling og arbejdsmiljøet for medarbejderne.



Ved desk researchen bidrog projektets styregruppe med værdifuld indsigt i den liggende sygetransport og udpegede relevante deltagere til de efterfølgende aktiviteter i projektforsløbet.

Med henblik på at målrette udbyttet af efterfølgende interview og observationskørsler blev der tidligt gennemført to dages observationskørsler (to hele dagvagter) i samarbejde med en udbyder af liggende sygetransport.

Gennem telefoninterview og kvalitative interview med repræsentanter fra regioner og leverandører blev der indsamlet viden om organisering af liggende sygetransport i de fem regioner.

For at få en indgående og detaljeret viden om arbejdets organisering, arbejdsfunktioner, krav til kvalifikationer og arbejdsmiljøpåvirkninger deltog konsulenterne i forskellige typer kørsler med forskellige patientgrupper ved i alt fem yderligere hele dagvagter. Det drejede sig om kørsler mellem hospital og hjem, hospital og hospice, hospital og plejehjem m.fl. Ved to af disse observationsdage viste der sig endvidere mulighed for et besøg på den regionale AMK-Vagtcentral, hvor disponenterne blev interviewet. I forbindelse med observationerne blev der gennemført interview med medarbejdere, og relationer til patienter, pårørende og samarbejdspartnere blev observeret. I tilknytning til observationskørslerne blev ledere hos leverandøren enten interviewet via telefon eller ved besøg. Ved alle observationskørsler afrundes dagen endvidere med en kort opsummering af dagens udbytte for såvel konsulenter som medarbejdere.

Under kørslerne observerede konsulenterne kravene til medarbejdernes kvalifikationer og deres håndtering af og kommunikation med patienter/klienter. Desuden indgik en vurdering af køretøjer og udstyret i forhold til patientgrupperne og hensynet til medarbejdernes sikkerhed og arbejdsforhold. Medarbejderne blev endvidere, når det var muligt, under den nødvendige hensyntagen til patienter og omstændighederne omkring turene, interviewet om arbejdsituationen; arbejdsforhold og arbejdsmiljø.

I forlængelse af de gennemførte observationskørsler blev der taget kontakt til en række forskellige samarbejdspartnere (brugerorganisationer, AMK-Vagtcentral, læger, vagtlæger, sygeplejersker og øvrigt plejepersonale - først og fremmest fra hospitalsafsnit, plejehjem og aflastningshjem), som repræsenterer grupper der forventer at få en professionel ydelse fra medarbejderne i den liggende sygetransport. Samarbejdspartnerne blev bedt om at vurdere krav og forventninger til den patientsikkerhed, som medarbejderne skal leve op til under transporten af patienter fra behandlingssted til hjem/plejecenter osv. Disse blev enten interviewet eller inviteret til deltagelse i udviklingsworkshop, hvor de har bidraget med deres viden og indsigt.

Ved udviklingsworkshoppen deltog sundhedspersonale, repræsentanter for patientforeninger, medarbejdere og ledere fra Falck, København- og Frederiksberg Brandvæsener, medarbejdere fra Hovedstadens Vagtcentral, undervisere fra erhvervsuddannelserne, repræsentanter for de faglige organisationer, leder fra Trygfonden, politiker fra Regionsråd og styregruppens medlemmer (bilag 3). Formålet var at udvikle fremtidsbilleder for udviklingen af den liggende sygetransport. Deltagerne blev præsenteret for de foreløbige resultater af undersøgelsen og udviklede fremtidsbilleder gennem en dialogproces i grupper. Fremtidsbillederne skulle illustrere, hvordan sikkerheden for patienterne og arbejdsmiljøet for medarbejderne kunne se ud i fremtiden: 1) organisering af liggende sygetransport 2) uddannelse af medarbejdere og 3) arbejdsmiljøet, herunder udformning af køretøjer og udstyr.

Undersøgelsens resultater og fremtidsbilleder præsenteres i nærværende rapport. Det vil herefter være op til repræsentanter fra regionerne, kommunerne, de faglige organisationer, repræsentanter for brugerne og samarbejdspartnerne at anvende resultaterne og fremtidsbillederne i deres fremadrettede arbejde med at opstille anbefalinger for fremtidens organisering, krav til medarbejdere, sygetransportvogne, udstyr mm.

Organiseringen bag projektet

Projektet har været organiseret med en styregruppe med repræsentanter fra arbejdstager- og arbejdsgiverside (3F, Reddernes Udviklingssekretariatet og Dansk Industri) samt Teknologisk Institut. Danske Regioner har været inviteret til at deltage i styregruppen, men har ikke ønsket at deltage i styregruppearbejdet. Styregruppen har haft det formelle ansvar for gennemførelse af projektet i overensstemmelse med projektbeskrivelsen og for at sikre, at projektet er gennemført som planlagt, hvad angår økonomi, tidsplan og resultatmål.

Læsevejledning til rapporten

Rapporten består af en indledende del bestående af fire kapitler. Indledningsvist redegøres for baggrunden for projektet og dets formål, den anvendte metode beskrives, og der redegøres for, hvorledes projektets resultater løbende er blevet diskuteret og kvalitetssikret i projektets styregruppe og ved en udviklingsworkshop (kapitel 1).

I kapitel 2 præsenteres undersøgelsens hovedkonklusioner for den læser, som hurtigt vil danne sig et indtryk af de væsentligste resultater.

I kapitel 3 præsenteres de vigtigste udviklingstendenser og begivenheder, som har dannet baggrund for, at den liggende sygetransport er organiseret som den er i dag, og hvilken hovedopgave der løses.

Herefter følger rapportens anden hoveddel, som i udfoldet form beskriver de fund, der er gjort inden for analysens fem primære undersøgelsesfelter. Disse kapitler er struktureret på den måde, at der redegøres for resultater på baggrund af hhv. interview, observationer og udviklingsworkshop. Der indledes i kapitel 4 med en række fiktive cases om, hvordan opgaveløsningen kan udfolde sig i den liggende sygetransport. Casene er blevet til på baggrund af observationer og de kvalitative interview.

I kapitel 5-9 beskrives analysens fem hovedundersøgelsesområder. Hvert af kapitlerne beskriver undersøgelsens resultater for områderne: "Sikker transport og håndtering af patienterne" (kapitel 5), "Samarbejde med hospitaler og præhospitale miljø" (kapitel 6), "Uddannelse af medarbejdere" (kapitel 7), "Det fysiske arbejdsmiljø" (kapitel 8) og "Det psykiske arbejdsmiljø" (kapitel 9).

Analysen afrundes med et perspektiverende kapitel (kapitel 10), som præsenterer en række indsatsområder til diskussion for politikere i regionerne og i ministeriet, uddannelsesplanlæggere, arbejdsgivere, faglige organisationer samt øvrige interessenter i den præhospitale branche.

I slutningen af rapporten findes i kapitel 11 litteraturliste samt bilag 1-3, der omfatter oversigt over observationer og interviewede personer samt deltagere repræsenteret ved projektets udviklingsworkshop.

2. Opsummering af undersøgelsens resultat

Den liggende sygetransport i Danmark

I landets fem regioner transporteres der årligt omkring 201.000 patienter i liggende sygetransporter. Det er patienter, som på forskellig vis er svagelige eller syge, uden at de på tidspunktet, hvor kørslen bestilles, vurderes at være behandlingskrævende. Den liggende sygetransport af patienter foregår mellem patientens eget hjem eller plejehjem og institutioner/hospice/lægehuse/sygehuse. Kørslerne foregår primært inden for den enkelte region, men der er også kørsler mellem regioner og i enkelte tilfælde ud af landet.

Kørslerne foretages af ca. 550 medarbejdere hos Falck, Københavns Brandvæsen og øvrige udbydere, der har liggende sygetransport som deres primære beskæftigelse, men som følge af samdrift med dele af den akutte ambulancetjeneste udfører op i mod 2700 medarbejdere denne type arbejde.

I 2008 blev den liggende sygetransport udskilt fra den akutte tjeneste, og et af formålene var, at den akutte kørsel kunne opnå bedre responstider. Man ville desuden gerne - fra politisk side - nedsætte omkostninger ved driften, og samtidig var der et ønske om at forbedre forholdene (ventetid mm.) for patienterne.

En anden begrundelse for at udskille den liggende sygetransport var, at der ville være flere udbydere til opgaven, end hvis akuttjenesten udbydes sammen med sygetransport. Der var ganske få udbydere på markedet, der kunne betjene ambulancer, mens der var flere som kunne honorere kravene til sygetransport.

I dag er opgaven organiseret på en sådan måde, at man i hver region har en vagtcentral til prioritering, planlægning og disponering, og at leverandørernes køretøjer har en primær geografisk tilknytning, men kan disponeres til andre områder. Vagtcentralerne kan drives af udbyder eller af udbyder i samarbejde med leverandør. Vagtcentralens hovedopgave er at planlægge kørslerne for sygetransporterne på grundlag af lægernes rekvirering af liggende sygetransport. Det er en stor logistisk opgave.

Sikker transport og håndtering af patienterne

Medarbejderne i den liggende sygetransport er - som observeret hos leverandører i Region Hovedstaden, Midtjylland, Nordjylland, Sjælland og Syddanmark - godt uddannet inden for redderfaget og har stor erfaring fra mange års ansættelse inden for redningsarbejde. På trods af få oplysninger om patienternes tilstand og funktionsniveau, håndterer og kommunikerer medarbejderne med patienterne på en forsvarlig måde og med stor sikkerhed. Patienterne og de pårørende mærker den ro, respekt og omsorg, medarbejderne udviser. Medarbejderne kan observere patienternes symptomer, men de kan ikke gribe ind med behandling, og de kan ikke aflaste patienterne med ilt under kørslerne, hvilket hovedparten af de interviewede medarbejdere ville foretrække.

Det er ifølge regionerne alene lægernes ansvar at vurdere, om patienten skal køre med liggende sygetransport eller ej. Imidlertid viser undersøgelsen, at medarbejderne i den liggende sygetransport forholdsvis ofte omstøber afgørelserne til at være behandlingskrævende, fordi de vurderer, at patienternes sygdomsbillede har ændret karakter i tidsrummet mellem lægen har tilset patienten og tidspunktet, hvor patienten bliver afhentet.

Hvis patienterne vurderes til at kunne kræve behandling under kørslen, skal medarbejderne trykke på et nødkald til vagtcentralen for at få en ambulance. Ifølge medarbejdere og vagtcentral sker det forholdsvis ofte, at patienten er dårligere end oplyst fra det ansvarlige sundhedsfaglige personale eller er blevet dårligere i ventetiden. Hvor mange tilfælde har det ikke været muligt at få oplyst fra regionerne.

Medarbejderne er utrygge ved smitterisikoen, fordi der kommer flere tilfælde med multiresistente bakteriesygdomme, som ikke altid er diagnosticeret, når de kører med patienterne. Opfattelsen i regionerne er, at medarbejderne i den liggende sygetransport aldrig skal køre med patienter med resistente bakterier. Plejepersonalet skal altid ringe efter ambulance i disse tilfælde.

Et særligt ansvar for patienternes sikkerhed er knyttet til transporten til og fra hospitalet. Observationskørslerne viser, at medarbejderne kører sygetransportvognene på en sikker og forsvarlig måde. Køretøjerne er indrettet og udstyret forsvarligt, men uden mulighed for at kunne behandle patienterne undervejs med ilt, det har alle regioner fravalgt med den begrundelse, at det altid vil være en medicinsk indgriben og kræver særlige forudsætninger.

Samarbejde med hospitaler og det præhospitale miljø

Samarbejdet fungerer godt mellem medarbejderne i den liggende sygetransport og sundheds- og plejepersonalet på hospitalerne, institutionerne og regionernes vagtcentraler.

Der er dog også forhold, som kunne være bedre omkring ventetider, og det at patienter ikke kan komme hjem med det samme fra hospitalerne, men ligger og fylder op på gangene. Ventetiden kan for mange af de meget syge og svækkede patienter være meget belastende. Der er dog ikke klager over medarbejdernes måde at fungere på i relation til patienterne.

Samarbejde med patienter og deres pårørende består i at få en god dialog omkring transporten og forflytningerne. Det handler om at få en god kontakt til patienten, så patienten bliver respekteret og hjulpet bedst muligt under transporten. Dette samarbejde fungerer godt.

Medarbejderne oplever et dilemma omkring ansættelsesforholdet hos leverandørerne og den realitet, at det er regionernes vagtcentral, der tilrettelægger arbejdet; herunder tidspunktet for hvornår medarbejderne skal køre tilbage til stationerne ved arbejdstids

ophør. Det resulterer nogle gange i overarbejde. Årsagen er, at vagtcentralen råder over køretøjerne i et vist antal timer, og det kan ikke altid stemme overens med det tidspunkt, hvor medarbejderne skal være tilbage på stationerne. Men ellers er der et godt samarbejde mellem medarbejderne og vagtcentralerne.



Uddannelse af medarbejderne

Regionerne stiller i dag krav om - i udbudsmaterialet - at medarbejdere, der kører liggende sygetransport, skal have kørekort til erhvervsmæssig personbefordring, kategori B, og udvidet kursus i førstehjælp på 12 timer. 12 ud af 15 medarbejdere på observationskørslerne havde en erhvervsuddannelse inden for redderfaget eller mange års erfaring inden for redningsarbejde. Kun to af medarbejderne havde kortere uddannelse. Dermed er medarbejdernes kompetencer højere end krævet.

Den præhospitale ledelse i to af regionerne har givet udtryk for, at de er klar over, at de krav, der har været stillet til medarbejdernes uddannelsesniveau, ikke er tilstrækkelig, og at det vil blive nødvendigt i de kommende udbudsrunder at tilføje flere krav til uddannelsen.

I AMU-regi bliver der udbudt kurser - udviklet af TUR - til medarbejdere i den liggende sygetransport i Esbjerg og Hillerød. Uddannelsen er på 20 dage og indeholder emner, som er relevante for at kunne erhverve den nødvendige kompetence.

Fysisk arbejdsmiljø

Det fysiske arbejdsmiljø er især præget af meget tunge forflytninger og løft, som belaster medarbejderne. Køretøjer og udstyr aflaster medarbejderne i et vist omfang, men der er forhold ved ud- og indladning af båren og trappevogne, som kunne forbedres igennem udviklingsarbejde og dermed reducere en del af det tunge arbejde. Men køretøjer og udstyr lever op til de krævede normer på området.

Der er sket en del forbedringer af forflytningsforholdene på hospitaler og institutioner, således er der indført loftslifte på mange stuer, men der er stadig lang vej igen før medarbejderne kan anvende en loftslift, hver gang en patient skal afhentes.

Når det gælder private boliger eller beskyttede boliger er forholdene ofte meget vanskelige. På trods af korrekt arbejdsteknik, trappelifte og løfteudstyr er forflytninger i private hjem og flere beskyttede boliger ofte forbundet med belastninger og stor risiko for akut opståede arbejdsskader.

Psykisk arbejdsmiljø

Medarbejderne har kun i begrænset omfang indflydelse på arbejdet, som i alle regioner styres fra vagtcentraler. Flere oplyser, at det er godt med den effektive planlægning af arbejdet, men at oplevelsen af kontrol påvirker dem.

De fleste af de medarbejdere, der har deltaget i undersøgelsen, har en høj grad af kompetence og erfaring, som betyder, at de magter opgaverne. Men undersøgelsen viste også, at der let opstår usikkerhed og tvivl, hvis den nødvendige kompetence og erfaring ikke er til stede. Omvendt giver overkvalificering anledning til frustration, fordi de mangler udfordringer, eller fordi de oplever, at de har kompetencer til at hjælpe patienterne yderligere, men at det ikke ligger i opgaven, at de skal gøre det.

Medarbejderne udsættes desuden for psykiske belastninger, fordi de hele tiden er i kontakt med meget alvorlig syge og svækkede patienter. Patientklientellet svarer til patienter på hospice og på plejehjem, men i modsætning til personalet på disse institutioner får medarbejderne i den liggende sygetransport ikke mulighed for at bearbejde deres oplevelser. Således er der ikke afsat tid til, at medarbejderne kan deltage i f.eks. forebyggende dialogmøder eller samtaler.

Medarbejderne er udsat for psykiske belastninger på grund af usikkerheden omkring de regelmæssige forekomne udbudsrunder. Medarbejderne er usikre på, om de bliver overflyttet til ny leverandør, og dertil kommer usikkerhed omkring arbejdsforholdene, uddannelse mm hos en eventuelt ny leverandør. Usikkerheden får i dag indflydelse på fleksibiliteten hos leverandørerne. Således flytter de ældre ikke fra jobbene i ambulancerne, og de unge får svært ved at komme videre med deres uddannelse, fordi der ikke er jobmuligheder i ambulancerne.

3. Den liggende sygetransport i Danmark

I landets fem regioner transporteres der årligt omkring 201.000 patienter i liggende sygetransporter. Den liggende sygetransport af patienter foregår mellem patientens eget hjem eller plejehjem og institutioner/hospice/lægehuse/sygehuse. Kørslerne foregår primært inden for den enkelte region, men der er også kørsler mellem regioner, og som et led i den nordiske konvention i forhold til specialbehandlinger og ventetidsgarantibehandlinger har man også lejlighedsvis transporter til Norge, Sverige eller Tyskland.

Kørslerne foretages af ca. 550 medarbejdere hos Falck, Københavns Brandvæsen og øvrige udbydere, der har liggende sygetransport som deres primære beskæftigelse, men som følge af samdrift med dele af den akutte ambulancetjeneste udfører op i mod 2700 medarbejdere denne type arbejde. Den liggende sygetransport repræsenterer mellem 5-10 % af den samlede sygetransport, hvor den siddende sygetransport omfatter en større pulje af kørsler med langt flere patienter dagligt i landets fem regioner.



I den liggende sygetransport transporteres mennesker, som på forskellig vis er svagelige eller syge, uden at de på tidspunktet, hvor kørslen bestilles, vurderes at være behandlingskrævende. Men de er vurderet til at have behov for at blive transporteret liggende. Det er mennesker, som i større eller mindre omfang er i en udsat position og er afhængig af service og støtte fra andre. Sikkerhed og tryghed under transporten omfatter dimensioner som; at transporten opleves rolig, foregår under trygge forhold, at de medarbejdere som varetager transporten optræder kompetente, og at patienten mødes med værdighed og omsorg i situationen. Det er dimensioner af kvalitativ art, som kan opleves og vurderes forskelligt fra patient til patient.

Dertil kommer en række objektive kriterier for patientsikkerheden, blandt andet at man ikke kommer til skade under transporten, at transporten foregår under betryggende forhold, at sikkerhedsprocedurer følges og anvisninger for brug af hjælpemidler anvendes korrekt, og at transporten foregår i køretøjer, hvor hygiejne og udstyr lever op til fastsatte krav for de patientkategorier der transporteres. Samtlige af disse forhold er under indflydelse af kvaliteten af udstyr, retningslinjer for udførelsen af arbejdet og medarbejdernes kompetenceniveau.

Det præhospitale område i bevægelse



Inden for sundhedssektoren og det præhospitale felt er der et voksende pres på at sikre en driftsmæssig forsvarlig opgaveudførelse under indflydelse af en aldrende befolkning, mere komplekse sygdomsbilleder og ny sygehusstruktur. Der bliver stadig flere ældre borgere, hvor flere vil have kroniske lidelser, og evt. flere samtidige alvorlige sygdomme (multimorbide). Der indføres elektroniske patientjournaler, telemedicinske løsninger og nye behandlingsformer. De præhospitale enheder vil i stadig højere grad blive betragtet som fremskudte behandlingssteder, og med de accelererende patientforløb vil der blive stillet nye krav i hele kæden. Problemstillinger vedr. resistente bakterier som MRSA og patogene bakterier vil ligeledes stille nye krav til, hvordan rengøring og håndtering af smitteudsættelse skal tilrettelægges, og hvilke tekniske specifikationer udstyret skal kunne leve op til i fremtiden. Alt sammen er forhold, som vil påvirke udførelsen af opgaverne i den liggende sygetransport og dermed også de krav som vil stilles til medarbejdernes kompetencer.

På det præhospitale område ønsker man højkvalificerede tilbud i den akutte fase med adgang til at give mere specialiserede behandlingstilbud på skadestedet, mens man ser en tendens til, at der kræves relativt lille uddannelsesmæssig baggrund for at bestride jobbet som medarbejder i den liggende sygetransport. Ikke desto mindre repræsenterer den liggende sygetransport et relativt stort opgaveområde i det præhospitale felt, og ikke mindst et område hvor der er daglige og vedvarende kontakter til patientgrupper med stort plejebestand.

Et svar på ressourcemæssig ansvarlighed inden for det præhospitale område er at tilbyde den til enhver tid bedste kvalitet ift. de enkelte patientgrupper, man skal behandle. Det betyder f.eks. at kunne prioritere rigtigt, således at mobile patienter ikke transporteres i liggende sygetransporter, hvis det er tilstrækkeligt med siddende transport, og at patienter som ikke vurderes at være behandlingskrævende ikke transporteres i en dyrere ambulance.

Inden for det præhospitale område har man forsøgt at besvare denne udfordring ved en stigende grad af opdeling af funktioner, mest markant med udskillelsen af den liggende sygetransport fra den akutte ambulancekørsel i forbindelse med udbuddet af regionernes præhospitale beredskab fra 2008. Den liggende sygetransport placerer sig således i et hierarki af præhospitale ydelser, hvor akuthelikoptere og lægebiler mv. placerer sig øverst hvad angår kompetenceniveau. Herefter følger ambulancer kompetencemæssigt "bestykket" med enten paramedicinere eller ambulancebehandlere (+ ambulanceassistenter), og herefter følger den liggende og den siddende sygetransport med det lavest krævede kompetenceniveau. Der eksisterer som tidligere nævnt ikke krav om obligatorisk uddannelse for medarbejderne. I den liggende sygetransport er kravet, at man har erhvervskørekort og førerkort til sygetransportkørsel, og derudover anvender leverandørerne typisk en 20 dages AMU-uddannelse, der er udviklet af arbejdsmarkedets parter og udbudt af Transporterhvervets Uddannelser (TUR).

Organisering af arbejdet, opgavernes karakter samt arbejdsmiljø

I dag er opgaven organiseret på en sådan måde, at man i hver region har en vagtcentral til prioritering, planlægning og disponering, og at leverandørernes køretøjer har en primær geografisk tilknytning, men kan disponeres til andre områder.

Et af formålene med at udskille den liggende kørsel fra den akutte tjeneste, fra og med 2008, var at skabe muligheder for, at den akutte kørsel kunne opnå bedre responstider. Man ville desuden gerne - fra politisk side - nedsætte omkostninger ved driften, og samtidig var der et ønske om at forbedre forholdene (ventetid mm.) for patienterne.

Man ønskede eksempelvis hurtigere at kunne afvikle patienttransporter fra ambulatorierne. Patienterne, som ligger på bårer, fylder op på gangene, og personalet havde brug for at få frigjort plads. Der var ikke tilstrækkeligt flow, når kapaciteten på liggende sygetransport er for lille. Den hidtidige måde transporterne blev planlagt på var ikke effektiv nok, og der var risiko for, at patienter blev efterladt, fordi ambulancen skulle køre akutkørsel.

En anden begrundelse for at udskille den liggende sygetransport var, at der ville være flere udbydere til opgaven, end hvis akuttjenesten udbydes sammen med sygetransport. Der var ganske få udbydere på markedet, der kunne køre ambulancer, mens der var flere, som kunne honorere kravene til sygetransport.

Der er behov for et minimum beredskab af ambulancer for at kunne klare de akutte kørsler i dagligdagen og dermed overholde responstiderne. Samtidig kan der være for-

dele i fleksibiliteten ved samdrift. Der kan opnås en fleksibilitet i systemet i de tilfælde, hvor der eksempelvis kører flere sygetransporter end beregnet, hvis det er muligt at udnytte kapacitet fra akutkørselsporet.

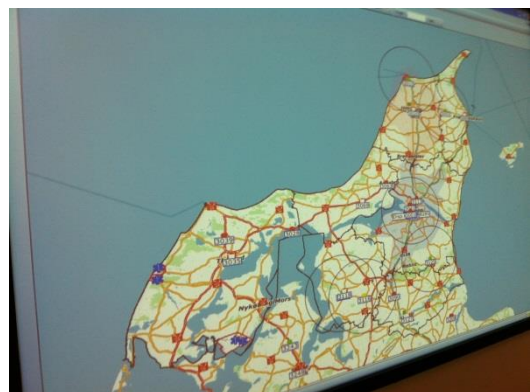
Det præhospitale system

Den præhospitale indsats er forankret i regionen gennem kontrakter med udbydere. Der indgås kontrakter opdelt på hovedområder, såsom 1) ambulancer 2) liggende sygetransport 3) vagtcentralen. Dertil kommer kontrakter om lægebiler.

Til kontrakterne opstilles servicemål - som det eksempelvis gælder for Region Syddanmark; at der i den liggende sygetransport må være en tidsramme på 60 minutter for afhentning før patienten skal til behandling, og en tidsramme på 90 minutter for afhentning af patienten efter behandling. For at kunne overholde sådanne servicemål og minimere ventetiden mest muligt er det væsentligt, at der er et velfungerende samarbejde med andre led i kæden. I forhold til sygehusene kan det handle om, at de, så vidt det er muligt, bestiller sygetransporterne dagen før, så der bliver bedre tid til planlægning for vagtcentralerne. Når der er tale om hjemtransporten, kan sygehusene bestille den, når personalet kan se, at der ikke bliver forsinkelser på behandlingen.

Blandt de interviewede er vurderingen, at ca. 20 % af turene bestilles dagen før eller tidligere, resten bestilles samme dag. Analyse af data fra interview og udviklingsworkshop peger på, at der er behov for løbende at præcisere og kommunikere reglerne ud til personalet på de regionale eller kommunale arbejdspladser for at få mindre ventetid og få nedsat generne for patienterne.

Billeder fra vagtcentral



Vagtcentralen

Vagtcentralerne kan drives af udbyder eller af udbyder i samarbejde med leverandør. Vagtcentralens hovedopgave er at planlægge kørslerne for sygetransporterne. Det er en stor logistisk opgave.

Det er læger, sygeplejersker og sekretærer på hospitalerne, ambulatorier mv., samt privatpraktiserende læger og vagtlæger der bestiller ture til den liggende og til den siddende sygetransport. De kan alle naturligvis også bestille en ambulance, når det er påkrævet. Plejehjem og aflastningssteder kan også bestille - de ringer til sygehusene eller den centrale visitationsenhed (CVI).

Turene bookes gennem et bookingsystem, der er et elektronisk online bestillingssystem, som alle hospitaler og CVI benytter sig af. Når turen er booket, kan der ikke ændres i bestillingen samme dag. Der er ingen interaktion mellem bestiller og modtager, så der er, som det er i dag, ingen muligheder for eksempelvis at give oplysninger tilbage til hospitalet om eventuelle forsinkelser.

AMK-Vagtcentralerne prioriterer og koordinerer turene ud fra patientsituation; skal patienterne eksempelvis til MR-scanning, strålebehandlinger, dialysebehandling (og hjemkørsler herfra), har de høj prioritering, mens øvrige patienter til indlæggelser, overførsler mellem sygehusene og hjemkørsler har lavere prioritet. AMK-Vagtcentralen kan hente historik på de tidligere transportopgaver med samme patient gennem CPR-nummeret.

Der er lagt tid ind for de forskellige dele af kørslen (med forskellige farvekoder), således at man fra AMK-Vagtcentralens side kan se, hvor langt de enkelte ture er kommet. På den baggrund er det vigtigt, at redderne gennemfører deres registreringer i systemet. AMK-Vagtcentral har endvidere mulighed for at registrere, hvor bilen befinder sig. AMK-Vagtcentral har endvidere automatisk genererede advarsler, som dukker op i systemet, hvis der er ved at opstå forsinkelser. Det giver mulighed for at disponenterne kontinuerligt kan flytte på turene - og optimere så man undgår pauser. Dette er ikke synligt for medarbejderne i sygetransporterne.

4. Hverdagsbilleder fra den liggende sygetransport

Hjemtransport fra skadestue til aflastningshjem

Denne case beskriver en forholdsvis ukompliceret tur, som den kan forme sig i den liggende sygetransport.

På den første tur den dag får medarbejderne information om, at turen drejer sig om en 76 årig herre, som skal fra skadestue tilbage til en aflastningsplads på plejehjem. På displayet står desuden "flænge i bagehovedet". Den ene medarbejder i bilen fortæller, at det er en nyttig information, da man da kan være opmærksom på, at der kan være blod på patienten.

Vi ankommer til skadestuen, hvor der er travlhed, og ganske mange mennesker ligger i senge på gangen. Alle behandlingsstuer er tilsyneladende i brug. Nogle patienter sover i sengene, andre er netop ankommet, nogle med pårørende, og flere af patienterne er smertepåvirkede. Der er en livlig transport af portører og ambulancefolk, der kommer ind med patienter og forlader skadestuen igen.

Der er ca. 15-20 sygeplejersker og læger omkring modtageområdet, som består af en række skærme bag nogle skranke, og området er præget af en vis hektik. Personalet virker roligt, men det er tydeligt, at der er pres på. På gangen finder medarbejderne fra sygetransporten den patient, de skal hente - ganske rigtigt med en del blod på skjorten. Medarbejderne bliver spurgt, om sygetransporten er der for at hente patienten til aflastningshjemmet. Medarbejderne bekræfter det, og en sygeplejerske siger henvendt til en anden sygeplejerske, mens de kigger på skærmen: "Så er I af med ham."

En sygeplejerske følger hen til patienten, og hun giver patienten en kolbe at tisse i. Herefter går hun igen uden at sige noget, og efter lidt tid hjælper den ene medarbejder patienten af med kolben. Alt dette foregår på gangen, hvor der bliver holdt et håndklæde op omkring patienten for at skærme ham i forhold til de andre patienter. Patienten er optaget af, hvorvidt han får sine sandaler med hjem fra skadestuen. Medarbejderne og sygehuspersonalet leder efter sandalerne, men uden held, og de må konstatere, at de formentlig er på plejehjemmet. Medarbejderne må forsikre den lidt ængstelige patient om, at hvis det ikke forholder sig sådan, vil de på plejehjemmet sørge for, at der bliver ringet til skadestuen, så de kan finde hans sandaler igen.

Patienten kan med støtte flytte sig fra seng over på bære. Han er svækket, men der er ikke nogen løft. Der er så megen trafik og så mange senge på gangene, så det ville have været vanskeligt at gennemføre en fornuftig forflytning, hvis ikke patienten selv havde kunnet støtte på benene. Medarbejderne får på vejen ud stukket en kuvert med papirer vedrørende patienten i hånden. Undervejs til bilen spørger han, om der må komme vand på et sår, der er syet, og den ene medarbejder kigger på såret, hun siger, at hun ikke kan give ham et entydigt svar, men at hun vil følge op på det, når de kommer til aflastningshjemmet. Da transporten ankommer til aflastningshjemmet bliver personalet anvist en ny stue, hvor patienten placeres. Patienten er faldet på den stue, han var på om morgenen, og en rude er knust.

Det viser sig, at patientens sandaler er på plejehjemmet, hvilket han bliver informeret om. Medarbejderne fra den liggende sygetransport hjælper plejepersonalet med at skifte skjorte på patienten, inden han bliver lagt i seng. På vej tilbage til bilen kommer den ene medarbejder i tanke om, at hun ikke fik snakket med plejepersonalet om hans sår. Det ærgrer hun sig over, men fortæller at der ikke er tradition for at ringe tilbage med ekstra information eller opfølgning.

Casen fortæller, hvordan der, selv om der er tale om en "ukompliceret" tur, skal foretages en række forskellige valg for at sikre en smidig afvikling af turen - på trods af travlhed i omgivelserne - og hvordan medarbejderne, samtidig med de selv er underlagt pres under opgaveløsningen, skal støtte patienterne og gøre dem rolige ved at informere dem så godt som muligt, også selv om medarbejderne måske ikke besidder den nødvendige information. Casen demonstrerer med stor tydelighed, hvordan medarbejderne i den liggende sygetransport så godt som muligt forsøger at hjælpe patienten med at samle information og bringe ro til situationen.



De følgende cases beskriver de mere komplekse ture, hvor der transporteres patienter som er i sorg eller i en krisetilstand.

Den følgende case beskriver desuden en situation, hvor medarbejderne i den liggende sygetransport inden turen indledes har dialog med sygehuspersonalet om, hvorvidt transporten er behandlingskrævende eller ikke.

Den ængstelige patient - transport fra kardiologisk laboratorium til kardiologisk afdeling

Den sjette tur på denne vagt er en patient, der skal køres fra kardiologisk laboratorium til en kardiologisk afdeling på et andet sygehus. Den ene medarbejder fortæller efter turen, at hans umiddelbare tanke, da de får beskeden om afhentnings- og afleveringssted, var, at der er tale om en fejl. Det kardiologiske laboratorium er en afdeling, hvor der foretages undersøgelser i forbindelse med alvorlige hjertekarsygdomme, og det vil derfor typisk være overførsler, hvor der vil være krav om overvågning eller behandling.

Da den liggende sygetransport ankommer til afdelingen, kommer patienten 'frisk til mode' ud til os og spørger, om "det ikke er hende, vi leder efter". Hun er ivrig for at komme af sted, men medarbejderne søger mod sygeplejersken. Det er tydeligt, at den medarbejder, som i dette tilfælde har opgaven med at kontakte personalet, er meget interesseret i først at tale med sygeplejersken, inden han taler med patienten. Patienten siger: "Hvis I leder efter mig (navn xx), så behøver I ikke lede særlig meget, for det er mig". Medarbejderne er høflige og imødekommende, men går ikke i dialog med patienten. Hun har alle sine pakkenelliker i begge hænder, og hun går ind på stuen igen, mens medarbejderne fra sygetransporten har dialog med sygeplejersken.

Den ene medarbejder fra sygetransporten pointerer flere gange, at de hverken kan overvåge patienten eller behandle undervejs, og sygeplejersken forklarer, at der heller ikke er behov for dette. Det viser sig, at patienten har fået foretaget en undersøgelse, hvor der har været adgang gennem hovedpulsåren i lysken, og hun skal transporteres til en ny afdeling. Hun får besked på, at hun skal passe på med at løfte for tunge byrder - hun må ikke løfte mere end 2½ kilo, for der kan være risiko for, at såret springer op i lysken. Patienten kommer ved egen hjælp, men med støtte, op og ligge på båren, og medarbejderne sørger for at overtage hendes pakkenelliker, som vejer en del mere end det anviste. Patienten er en ivrigt talende person, man kan høre hende tale meget og højt. Den anden medarbejder, som sidder med patienten i bårerummet, berettede efterfølgende, at hun i virkeligheden mente, at hun var meget nervøs. Patienten havde fortalt, at hun var bekymret, fordi hun havde åndenød, mens undersøgelsen af hendes adgang gennem årene ikke havde vist nogen problemer i forhold til en evt. blodprop. Så patienten var optaget af, hvad der så kunne være i vejen.

Denne case beskriver en situation, hvor den krise patienten og familien befinder sig i giver sig udslag i en mere konfliktfyldt kommunikation.

Den terminale patient med følge af ægtefælle

Beskeden på displayet for denne første tur på vagten fortæller, at der skal transporteres en kvinde på 55 år fra en afdeling på Hvidovre til en afdeling på Glostrup. Det viser sig at være en terminal kræftpatient. Da den liggende sygetransport ankommer til afdelingen, befinder patienten sig med hendes mand på hospitalsafsnittets gangareal.

Han har boet med hende på hospitalet og følger hende under transporten. Patienten er meget højtalende, og hun forklarer det med, at hun har fået for meget af en bestemt medicintype. Hun er utilfreds og brokker sig over behandlingen fra sygehuset; "ingen morgenmad, ingen information, har ventet i seks timer, og der kommer ingen, men jeg beder ikke om noget, jeg har aldrig gået tiggergang. Men nu skal de også få noget at vide hele bundtet. Jeg går ind i Ældresagen." Ægte manden taler lidt med på kritikken, og de skændes også lidt. Han bliver undskyldende og forklarer over for medarbejderne, at det er en rigtig svær situation.

Medarbejderne får en kuvert med samt beskeden om at de gerne må meddele afdelingen på Glostrup, at patienten ingen morgenmedicin har fået. Ved ankomst til Glostrup viser det sig, at der ingen oplysninger er om hende i it-systemet, kuverten rummer ingen oplysninger om hendes tilstand eller behandling. Patienten er skiftevis ivrigt talende, ked af det, grædende og sur/skælder sin mand ud (som også skælder hende ud). Både hun og hendes mand har behov for at tale meget, de fortæller om brudstykker fra deres liv.

Patienten skal forflyttes fra seng til bære, fortæller hun har smerter over det hele og har en oplevelse af, at alle dele af hendes krop er ved at "falde af". Under transporten i bilen vil hun på et tidspunkt gerne flyttes fra rygstilling til sidestilling pga. ømfindtlighed. Dette er besværligt pga. bæreselerne, og det er svært at røre ved patienten som har mange smerter. Hun får tilbudt vand i flaske med sugerør undervejs.

Under begge disse meget forskellige forløb optræder medarbejderne professionelle og venlige uden at gå ind i længere dialog med patient eller pårørende, men forsøger at skabe den størst mulige ro omkring patienten (og de pårørende), som i begge tilfælde er i en meget vanskelig situation. Og det eksemplificeres, hvordan medarbejderne i den liggende sygetransport har en funktion i forhold til at være bindeled mellem forskellige afdelinger og "fylde de huller ud", som til tider opstår i informationsstrømmen omkring patienten.



Den følgende case omhandler praksis og forholdsregler ved ture, hvor der opstår tvivl om, hvorvidt patienten er hjemme, og hvor der efterfølgende viser sig at være tale om en meget syg patient.

Kommunikation med vagtcentralen når der opstår tvivl om patientens situation og tilstedeværelse

Den første tur medarbejderne kaldes ud til er til en patient i egen bolig (lejlighed på 1. sal). Beskeden om patienten på displayet fortæller, at der er tale om en ung mand, og tilstanden beskrives som "dehydr., sands. efter hashmisbrug". Sygetransporten ankommer og får parkeret i et område, som er præget af tæt trafik af mennesker og af lastbiler med varer på vej til og fra det nærliggende storcenter. Medarbejderne fra sygetransporten ringer på dørtelefonen 3-4 gange med pauser ind imellem, hvorefter de må konstatere, at der ikke bliver lukket op. De kigger op til lejligheden og kan se et åbent vindue, men ikke tegn på om der er eller ikke er nogen hjemme.

Medarbejderne beslutter herefter at ringe til AMK-Vagtcentralen for at høre, hvordan de skal forholde sig. AMK-Vagtcentralen fortæller, at de vil kontakte CVI for nærmere afklaring. Herefter afventer medarbejderne, de forsøger at ringe på hos patienten yderligere et par gange. Da de kommer tilbage til bilen, ser de, at de har fået en ny tur, og medarbejderne udtrykker usikkerhed omkring, om de evt. har risiko for at modtage en bod, idet de i første omgang ikke så kaldet, da de var gået hen mod dørtelefonen for at ringe på yderligere en gang og dermed ikke har meldt afgang inden for de aftalte minutter. Idet de ikke har fået tilbagemelding fra AMK-Vagtcentral, men har modtaget en ny tur, konkluderer de på den baggrund, at der ikke skal gøres mere, og at turen formentlig er afblæst.

Der køres en ny tur.

Den tredje tur er udkald til samme adresse og samme patient som på dagens første tur. Medarbejderne kører til adressen, og denne gang går det nemt med at få parkeret, idet medarbejderne kender forholdene godt efter den første gang, de var på adressen. De ringer på, en anden beboer i opgangen åbner døren og lukker medarbejderne ind, og der åbnes ind til lejligheden af - viser det sig - patientens venner, hvoraf den ene er barndomsven og følger med patienten i transporten. Denne ven informerer grundigt om situationen og er meget omsorgsfuld over for sin ven og fortæller ham, hvad der skal ske, holder ham beroligende på armen osv. Patienten ligger bortvendt i sofaen med ansigtet ind mod sofaryggen og giver sig hverken til kende eller rør på sig, da medarbejderne kommer op i lejligheden.

Vennen fortæller om et forløb over fem dage, hvor patienten har haft det psykisk dårligt, kastet op og ikke spist noget. Han har modtaget medicin gennem vagtlægen. Patienten har næsten ikke drukket, men vennen har dog fået givet ham nogle sodavandsis. Patienten er tynd, bleg, har tørre læber, er tydeligvis svag på benene og har store rystelser gennem kroppen. Patienten kommunikerer stort set ikke med medarbejderne. Det besluttes, at han køres til akutmodtagelsen; han kan selv gå ned ad trappen, men

transporteres herefter liggende. Medarbejderne forhører sig om, hvorfor der ikke tidligere er blevet lukket op, men venen fortæller, at de ikke har hørt dørtelefonen.



Den sidste case beskriver en situation, hvor der skal afleveres en ældre kvinde på hendes hjemadresse, og viser hvordan medarbejderne undervejs må træffe en række valg om, hvordan de skal håndtere en ængstelig patient, som viser sig ikke at have umiddelbar kontakt til pårørende eller hjemmepleje.

Transport af patient til egen bolig uden kontakt til hjemmeplejen

Medarbejderne transporterer en ældre dame, som skal tilbage til eget hjem. Kvinden transporteres liggende og fortæller løbende, når hun bliver spurgt, at hun ikke selv kan hjælpe til. Hun forflyttes liggende fra hospitalsseng til bære ved brug af blåt glidestykke. Ved ankomst til egen bolig, som er et mindre rækkehus, konstaterer medarbejderne, at der er en trappe med høje trin, og de beslutter at anvende trappevogn. Forflytning fra bære til trappevogn foregår med møje og besvær, og patienten er ængstelig og fortæller gentagne gange med lille stemme, at hun ikke kan hjælpe, men at hun er bange for at falde ned. Patienten får besked på ikke at gribe ud efter noget, selv om hun bliver bange, og medarbejderne fortæller hende, at det godt kan føles usikkert, men at hun ikke vil falde ned, da hun er fastspændt, og trappevognen ikke vil vælte, hvis hun ikke griber ud efter noget. Alligevel sker det et par gange, at patienten griber ud i luften og ud efter båren i refleks. Ved trappen kommer trappevognen til stor gavn, idet medarbejderne slipper for to høje løft over trin på ca. 20 centimeter. Døren står åben til rækkehuset, men der er ingen hjemmehjælp til stede, og medarbejderne har ingen viden om, hvorvidt de vil komme eller hvornår.



Patienten vil gerne være i sin seng. Der er ingen loftlift i hjemmet. Der bliver efter noget tid fundet en stikkontakt omviklet med et tørklæde, som kan forbindes til et elstik, som ikke er intakt, og der sluttes strøm til sengen med hæve- og sænkefunktion. Patienten forflyttes med besvær over i sengen uden brug af hjælpemidler. Patienten skal flyttes op i sengen, hvilket hun får støtte til. Hun beder om et glas vand, som medarbejderen bringer hende. Medarbejderen går søgende rundt i huset og spørger, om den ældre dame har et nødkaldeapparat, hvilket hun svarer benægtende til. Det har hun aldrig haft. Da medarbejderne forlader hjemmet, er der stadig ingen tegn på hjemmehjælpen. Patienten spørger, om medarbejderne vil lukke døren, da de går.



5. Sikker transport og håndtering af patienterne

I de følgende kapitler 5-9 beskrives analysens fem hovedundersøgelsesområder: "Sikker transport og håndtering af patienterne" (dette kapitel), "Samarbejde med hospitaler og det præhospitale miljø" (kapitel 6), "Uddannelse af medarbejdere" (kapitel 7), "Det fysiske arbejdsmiljø" (kapitel 8) og "Det psykiske arbejdsmiljø" (kapitel 9).

Undersøgelsens resultater er baseret på syv observationskørsler og interview med 15 medarbejdere. Medarbejderne transporterede 38 patienter, og i den forbindelse blev der gennemført observationer af patienthåndteringen og kommunikationen med patienter og pårørende.

Medarbejderne i den liggende sygetransport har ansvar for, at patienterne bringes sikkert frem og tilbage mellem eget hjem, institution eller plejehjem samt til behandling eller indlæggelse på hospitalet. De forhold der medvirker til, at patienterne transporteres og håndteres sikkert belyses i dette kapitel.

Oplysninger om og kontakt med patienterne

Medarbejderne får oplysninger om patientens CPR-nummer, adresse og hvor de skal køres til. Disse oplysninger får medarbejderne oplyst på skærmen i bilen fra regionernes vagtcentraler. Der er sjældent oplysninger om patienternes sygdom, symptomer, funktionsniveau eller almen tilstand.

På baggrund af de få oplysninger om patienten danner medarbejderne et billede af patienten. Dette billede bliver korrigeret, når de ser patienten på afhentningsstedet, og når de får talt med patienten og eventuelt pårørende eller plejepersonale.

Observationer og interview med medarbejdere

Hovedparten af medarbejderne er af den opfattelse, at de får for få oplysninger om patienten på forhånd, og dermed bliver muligheden for at yde en bedre service forpasset. (Se afsnittet om akut opståede situationer senere).



Skærm med oplysninger om patient og adresse

Indimellem bliver medarbejderne i tvivl om patientens symptomer og tilstand, og dermed om det er forsvarligt at køre med patienten uden behandlingsmuligheder. I enkelte tilfælde var medarbejderne i tvivl om, om der var smitterisiko forbundet med transport af en patient. F.eks. var der en patient med høj feber og længere sygdomsforløb,

hvor det var usikkert, om patienten havde en smitsom sygdom. Medarbejderne valgte at køre patienten, fordi der ikke var advaret om, at der kunne være en risiko ved at transportere patienten. Men tvivlen var til stede hos medarbejderne.

Flere medarbejdere oplever, at de ofte må bruge tid på at gå tilbage til sygetransportvognen for at hente en trappevogn eller løfteredskaber, fordi medarbejderne ikke på forhånd har fået oplysninger om patienten og boligforholdene. Andre medarbejdere giver udtryk for, at oplysninger om boligforhold og patientens funktionsniveau ikke vil være tilstrækkeligt, fordi de er nødt til at se patienten, før de kan tage stilling til, hvilke hjælpemidler der er behov for.

Mange patienter og pårørende gav udtryk for, at de var overraskede over, at medarbejderne ikke vidste noget om patientens tilstand og funktion. En patient udtrykte det på denne måde: *"De har været her så mange gange før, og alligevel har de ikke trappevognen med op i lejligheden"*. Patienten havde på det tidspunkt ventet i tre timer på sygetransporten.

Interview med præhospital ledelse

De interviewede ledere i Region Hovedstaden og Region Syddanmark er af den opfattelse, at medarbejderne ikke skal have flere oplysninger, når der er tale om ikke-behandlingskrævende kørsel. Lederne definerer medarbejdernes rolle som afgrænset til transport af patienter fra en destination til en anden, og at alle behandlingskrævende transporter skal visiteres til ambulancerne.

Lederne oplyser, at det ikke i dag er muligt at viderebringe fortrolige oplysninger over internettet om patienternes sygdom, symptomer og andre personfølsomme oplysninger. Derfor er der også tale om at sikre fortrolighed omkring personlige dataoplysninger.

Udsagn fra udviklingsworkshop

Deltagerne på udviklingsworkshoppen er af den opfattelse, at der er behov for flere oplysninger om patientens funktionsniveau, så det også er muligt at sende den rette vogn. Alt for ofte kommer en almindelig sygetransportvogn ud til en patient, hvor der i stedet skulle have været sendt en XL-bil. (Se mere under kapitel 10 om fremtidsperspektiver).

Kommunikation med patienterne

Medarbejderne har stor indsigt og erfaring med at kommunikere med patienterne og skabe ro, værdighed og respekt under transporten fra hjemmet, plejehjem eller institution til behandling på et hospital. Kommunikationen har ud over en social og tryghedsskabende funktion også en sikkerhedsmæssig funktion, fordi medarbejderen skal være helt sikker på, at patienten ikke er behandlingskrævende under transporten.

Observationer og interview

De erfarne medarbejdere kan hurtigt fornemme, om patienten er fortrolig med situationen, fordi patienten har prøvet kørslen frem og tilbage mange gange. Eller om patienten er i en ny situation og derfor usikker, nervøs eller bange for, hvad der skal ske.

Medarbejderne skal være i stand til at vurdere patientens sindstilstand samt funktionsniveau og på den baggrund tage stilling til, hvordan de skal kommunikere med patienten og de pårørende. For den nye medarbejder - med lidt erfaring - er det ofte overvældende og vanskeligt at skulle forholde sig til de mange problemstillinger og hurtigt kunne træffe beslutninger om, hvordan patientsituationen skal håndteres.



Observationskørslerne viste, at medarbejderne i høj grad evner denne kommunikation og har stor erfaring med at håndtere patienter med mange forskellige sygdomme og i forskellige faser af et sygdomsforløb. Men observationerne viste også, at kommunikationen er vanskelig i de situationer, hvor patienten var dement, sorgfuld eller i en terminalfase, og hvor de på hospitalet havde fået besked om, at det ikke længere var muligt at behandle sygdommen.

Håndtering i forhold til patienternes sygdomme

Medarbejderne har - som tidligere nævnt - ingen oplysninger om patientens sygdom, symptomer, handicap eller funktionsniveau, når de afhenter en patient i hjemmet eller på hospitalet. I regionernes udbud er der stillet krav om et udvidet førstehjælpskursus, men der er ikke stillet specifikke uddannelsesmæssige krav om, hvordan patienterne skal håndteres i forhold til sygdomme som f.eks. lungesygdomme, kræft, diabetes, nyresygdomme og gigtlidelser. 12 ud af de 15 deltagende medarbejdere - i denne undersøgelse - har imidlertid en erhvervsuddannelse eller erfaring inden for redderfaget og dermed viden om, hvordan patienter med forskellige sygdomme og symptomer håndteres. Tre medarbejdere har kortere kursusforløb inden for området. (Se bilag 1).

Observationer og interview

Observationskørslerne viste, at de patienter - der transporteres med den liggende sygetransport - er alvorligt syge, stærkt sygdomssvækkede, og flere er i terminalfasen. Over halvdelen af patienterne var ældre end 80 år. For at blive visiteret til den liggende sygetransport skal patienten ikke være i stand til at sidde op f.eks. i en kørestol. Derfor er mange af de transporterede patienter immobile og kan ikke støtte på benene, mange er tunge, demente og kan ikke hjælpe til ved forflytninger.

I flere tilfælde fik medarbejderne i sygetransporten behov for deres viden og erfaring med at håndtere patienter med forskellige sygdomme. F.eks. var der en stærkt svækket patient med vand i lungerne, som havde behov for at blive korrekt lejret, og hvor medarbejderne helt præcist vidste, hvordan de skulle lindre patientens symptomer.

En anden patient havde Rosen og knogleskørhed med blister på benene, som var ved at briste, og patienten var smertepreget. Fordi medarbejderne vidste noget om sygdommen og symptomerne, var de i stand til at håndtere situationen på en rolig og professionel måde. Medarbejderne gav udtryk for, at det ville have været vanskeligt for dem at klare situationerne, hvis de ikke havde haft viden om sygdommene.

Observationerne viste desuden, at mange patienter og pårørende forventer, at medarbejderne - som repræsentant for et præhospitalt system - er oplyst om årsagen til, at de skal køres til hospitalet. Flere patienter gav udtryk for, at de troede medarbejderne havde fået besked om deres sygdom og deres funktionsniveau.

Interview med medarbejdere på vagtcentral og i regionerne

Vagtcentralen er ikke i stand til at videregive flere oplysninger end dem, medarbejderne får på skærmene i sygetransportvognene, fordi de ikke får flere oplysninger fra sundhedspersonalet, som bestiller kørslerne.

Skånsom flytning af patienterne

For mange - meget syge - patienter opleves det yderst ubehageligt og ofte forbundet med smerte at skulle flyttes. Derfor er det meget vigtigt, at medarbejderne har indsigt og forståelse for, hvordan patienten kan flyttes så skånsomt som muligt med løfteudstyr fra seng til bære eller trappevogn.

Forflytningsudstyret - der anvendes - skal være robust udformet og behageligt at ligge eller sidde på. Det er langt fra tilfældet med det eksisterende udstyr. Bære og løfteud-



styr er robust, men ikke behageligt polstret eller affjedret. Båren har en meget hård polstring, hjulene er små, og der er ingen affjedring. Det betyder, at de sårbare patienter bliver påvirket af at blive transporteret udendørs på ujævne overflader som fliser eller grus. Imidlertid eksisterer der ikke udstyr, som kan leve op til disse krav, og derfor er der behov for udvikling inden for udstyrsområdet.



Alle observerede forflytninger sker imidlertid sikkerhedsmæssigt forsvarligt. Således er patienterne spændt fast til båren. Alt udstyr, herunder bære, trappevogne, lift og andet materiel, er fastspændt i vognen, så udstyret ikke vælter rundt under en hård opbremsning. (Mere om forflytninger under kapitel 8 om arbejdsmiljø).

Akut opståede situationer

Medarbejderne i den liggende sygetransport må ikke - som tidligere beskrevet - køre med behandlingskrævende patienter. Hvis patienterne under afhentningen eller under transport bliver akut syge, som kræver behandling, skal medarbejderne trykke på nødknappen til vagtcentralen i vognen for at få sendt en ambulance med behandlere. Således har medarbejderne en hurtig kontaktforbindelse til vagtcentral, så der hurtigt kan blive tilsendt en assistance. Som tidligere nævnt er det ofte i den indledende kontakt med patienten, at medarbejderne konstaterer, at patienten er behandlingskrævende, og i sjældnere tilfælde under transporten.

Observationer og interview

Under observationskørslerne kontrollerede medarbejderne altid patientens symptomer og var - på grund af deres erfaringer - hurtigt i stand til at vurdere, om patienten kunne transporteres i den liggende sygetransport. Hvis medarbejderne havde haft mindre erfaring og uddannelse, var der flere af patienterne som højst sandsynlig ville have været overladt til et behandlende team i ambulancen. Men medarbejderne turde

tage ansvaret for patienten, som én udtrykte: *"Patienten er lige på grænsen, men turen til hospitalet er ikke så lang, så risikoen for at der sker noget er til at overskue"*. Flere medarbejdere har udtrykt bekymring for, at det kan blive meget uoverskueligt og vanskeligt for uerfarne medarbejdere - med lidt uddannelse - at turde tage ansvar for en stor del af de meget syge og afkræftede patienter, der bliver transporteret i den liggende sygetransport.

Interview med medarbejdere på vagtcentralen

Medarbejdere - på Vagtcentralen i Region Hovedstaden - oplyser, at der forholdsvis ofte forekommer ændringer af transporten fra liggende sygetransport til akut ambulance-transport. Hvor ofte det sker, er dog ikke muligt at få kendskab til, idet der ikke foreligger statistik på området.

Udsagn fra udviklingsworkshopp

På udviklingsworkshopp gav flere deltagere et bud på, at ca. 20 % af alle kørsler bliver ændret fra liggende sygetransport til akut ambulancekørsel. Flere gav udtryk for, at der kan ske ændringer i patientens tilstand, fra det øjeblik patienten er visiteret til, og til det tidspunkt - måske flere timer senere - hvor patienten skal transporteres.

Smittorisiko og hygiejne

I de tilfælde hvor patienten er under mistanke for at have en smitsom sygdom, f.eks. MRSA (meticillin resistente staphylococcus aureus), clostridium difficile eller Roskildesyge, bliver patienten transporteret med ambulance og ikke med liggende sygetransport. Smittomme sygdomme er kategoriseret som sygdomsbehandlende, og dermed skal patienterne transporteres af den akutte ambulancetjeneste.

Alligevel kan det hænde, at patienter med en smitsom sygdom bliver transporteret i liggende sygetransport. Det kan ske, fordi patienten endnu ikke er diagnosticeret med en smitsom infektionssygdom, og fordi der måske bliver stillet for upræcise retningslinjer omkring kørsel med infektiøse patienter.



Medarbejder har lagt information om smittorisici ved forskellige sygdomme på egen mobiltelefon.

Observationer og interview med medarbejdere

Interview med medarbejderne afslørede, at der er en stor usikkerhed forbundet med forekomsten af smittomme sygdomme. Det skyldes at medarbejderne har observeret en vækst i antal af patienter med resistente bakterier på hospitalerne og plejehjemmene.

Flere giver udtryk for at der mangler klare retningslinjer og instrukser om hygiejnen på de liggende sygetransporter, og at sygetransporten ikke er akkrediteret og dermed ikke underlagt samme stramme kontrol, som de akutte ambulancer.

Interview med plejepersonale

En af de interviewede plejehjemsassistenter på et aflastningscenter oplyste, at der var flere patienter med resistente bakteriesygdomme, som krævede, at personalet overholdt alle hygiejneinstrukserne til punkt og prikke. Derfor havde de flere gange drøftet det forsvarlige i, at medarbejderne i den liggende sygetransport kører bårerne ind på plejehjemmet for at hente patienter. Personalet var i tvivl om, hvad der sker, når båren bliver transporteret fra et inficeret aflastningscenter via en sygetransportvogn til hospitalet, og båren ikke bliver rengjort efter hver kørsel.

Interview med præhospital ledelse

Interview med repræsentanter fra den præhospital ledelse i Region Syddanmark præciserer, at *redderne ikke skal køre med mennesker, der kræver behandling*. Medarbejderne skal slet ikke køre med patienter med resistente bakterier, fordi det kræver særlige forholdsregler, og derfor er det ambulancen, der skal køre med alle patienter med smitsomme sygdomme. Derfor er der ikke behov for, at medarbejderne skal vide mere om smitsomme sygdomme.

Rapport "Ambulancehygiejne" fra Serum instituttet

Ifølge rapporten "Ambulancehygiejne" fra 2005 - udarbejdet af Statens Serum Institut på foranledning af ambulancehygiejnekomiteen - viser erfaringer og undersøgelser, både fra Danmark og udlandet, at risikoen for at medarbejdere bliver smittet på arbejdet er uendelig lille. Hvorvidt patienter kan risikere at blive smittet er ikke oplyst. Rapporten fastslår, at risikoen for at overføre smitsomme sygdomme kan mindskes eller helt fjernes, ved at medarbejderne overholder en række hygiejneprincipper og indarbejder hygiejniske arbejdsprocedurer. Først og fremmest skal medarbejderne bruge engangshandsker, når de forflytter patienterne, og medarbejderne skal overholde principper for håndhygiejne. Der skal være regler om at undgå blodsmitte. Dernæst skal tæpper og sengetøj på båren skiftes efter kørsel. Efter endt kørsel skal båren, udstyret og bårerummet rengøres med almindelig rengøringsmiddel.

Udsagn fra workshop

Deltagerne (sundhedspersonale) på udviklingsworkshoppen forventer, at medarbejderne ved, hvordan de f.eks. skal håndtere Roskildesyge. De forventer også, at medarbejderne har stor viden om hygiejne, før de begynder at køre liggende sygetransport.

Transport- og kørselssikkerhed

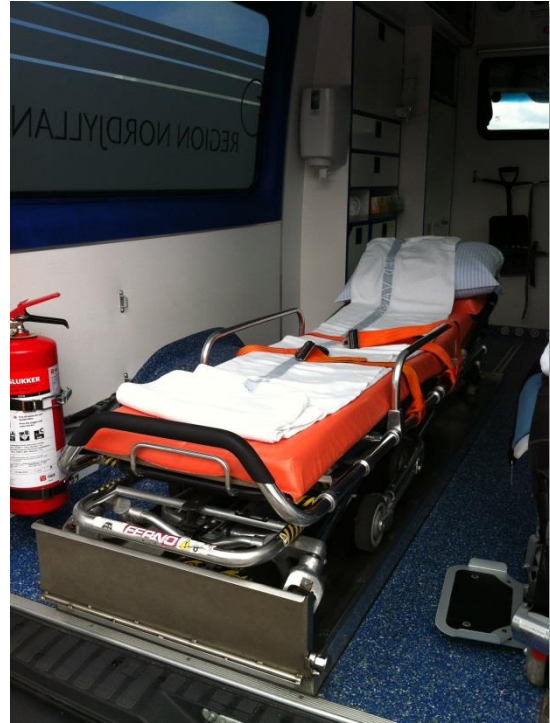
Den måde patienterne transporteres på har stor betydning for patienternes sikkerhed. Derfor spiller det en vigtig rolle, hvordan medarbejderne kører i trafikken, hvordan køretøjet, der anvendes, er udformet og patienter og udstyr er spændt fast under kørslen.

Den trygge kørsel

Patienterne skal transporteres sikkert i forsvarlige køretøjer og af medarbejdere, der har den nødvendige uddannelse (kørekort til erhvervsmæssig personbefordring) og rutine.

Observationer og interview

Observationskørslerne viste, at medarbejderne kører mange timer dagligt på landevejene, og at der er en tendens til at køretiden bliver længere og længere. Det skyldes den nye sygehusstruktur, hvor patienterne transporteres til hospitaler inden for hele regionen. F.eks. blev en patient kørt fra Aarhus til Horsens Sygehus, fordi den specialafdeling patienten skulle indlægges på havde en aftale med Regionen om at aftage et vist antal patienter pr. måned. Denne tendens vil blive forstærket i fremtiden med de nye supersygehuse, og derfor vil medarbejderne i den liggende sygetransport komme til at køre mange lange strækninger og bruge mange timer på landevejene fremover. (Se mere i afsnit 10 om fremtidsperspektiver).



Medarbejderne beskrev den tætte og travle trafik - især i byområder og i myldretiden - som trættende og koncentrationskrævende. Bl.a. derfor var det vigtigt for medarbejderne at skifte mellem at køre sygetransportvognen og sidde i bårerummet hos patienten.

Køretøjets udformning og forhold i bilen

Leverandørerne af liggende sygetransport skal køre med køretøjer, der lever op til EU-krav omsat til danske retningslinjer i "Dansk Standard om sygetransportvognen" og "Dansk standard om førerpladsens indretning". Disse krav skal overholdes af de leverandører, som indgår aftaler med de forskellige regioner.

Observationer og interview

Observationskørslerne viste, at der køres med tre forskellige størrelser sygetransportvogne. En mindre såkaldt "morfar-vogn", en lidt større og en ekstra stor XL-vogn. Vognene er indrettet med rimelige sæder i førerhuset og et sæde ved båren, der kan dreje og indstilles. Det ekstra sæde i bårerummet er ikke godt udformet. Vognene er udstyret med automatgear, men ikke med fartpilot, som især ved de lange køreture kan være påkrævet for at skåne medarbejdernes ryg. Vognenes affjedring er mangelfuld. Især i bårerummet er det mærkbart for patienten på båren, samt for de pårørende og medarbejderne, der sidder på sæderne. Der er en terminal med indbygget GPS med forbindelse til vagtcentralen, hvor oplysninger om patientens CPR-nummer og adresse, samt

hvilken destination patienten skal køres til. Dertil kommer radiokommunikationsanlæg og mobiltelefoner.

Bårerummet er indrettet uden mulighed for at behandle patienter. Således er der ikke ilt, som de fleste medarbejdere er uforstående overfor, fordi de oplever, at de kunne lette symptomerne hos en speciel gruppe patienter under kørslerne. Imidlertid oplyser den præhospitale ledelse i regionerne, at ilt er fravalgt, fordi det kræver særlige behandlingsmæssige forudsætninger, da der er tale om en medicinsk indgriben.

Bårerummet er udstyret med en bære, der er fastspændt efter en særlig DS-norm. En elektrisk trappestol (f.eks. Easyclimb), stryker-stol, camel-pude, glidelagner, glidebræt samt manuel lift. Bårerne er ret tunge at løfte og slå ud/sammen. Det samme gælder for trappevognen. Som tidligere nævnt er der her behov for udvikling af udstyr og materiel, der kan lette det tunge arbejde. Der findes ingen lift eller automatik på vognene, som kunne fjerne de mange løft.



Bårerum i en lille vogn.



Bårerum i en stor vogn.

I skabe og skuffer er der vand, sugerør, desinfektionsvæsker, bakker og gummihandsker. Der er desuden en opkaldstelefon til hospitaler, så medarbejderne kan kalde op undervejs. Der findes i enkelte af regionerne desuden en hjertestarter i bårerummet, som kan anvendes af lægmand og derfor ikke kræver særlige forudsætninger af medarbejderne.

I princippet forefindes det samme udstyr og materiel, hvad enten det er en lille, stor eller XL-vogn. Forskellen er pladsforholdene og udstyrets størrelse, hvad angår XL-vognen. Således er båren og trappevognen større og kraftigere. Dertil kommer, at XL-vognen i modsætning til de almindelige vogne har en lift til at få båren ud og ind af vognen. I den lille og store sygetransportvogn skal medarbejderne slå stellet ud/ind og løfte båren ind/ud af vognen. (Se mere om arbejdsmiljøproblemstillinger i kapitel 8).

Konklusion

Medarbejderne i den liggende sygetransport er - som observeret hos leverandører i Region Hovedstaden, Midtjylland, Nordjylland, Sjælland og Syddanmark - godt uddannet og har stor erfaring fra mange års ansættelse inden for redningsarbejde. På trods af få oplysninger om patienternes tilstand og funktionsniveau håndterer og kommunikerer medarbejderne med patienterne på en forsvarlig måde og med stor sikkerhed. Patienterne og de pårørende mærker den ro, respekt og omsorg, medarbejderne udviser. Medarbejderne kan observere patienternes symptomer, men de kan ikke gribe ind med behandling, og de kan ikke aflaste patienterne med ilt under kørslerne, hvilket hovedparten af de interviewede medarbejdere ville foretrække.

Det er, ifølge regionerne, alene det sundhedsfaglige personales ansvar at vurdere, om patienten skal køre med liggende sygetransport eller ej. Imidlertid viser undersøgelsen, at medarbejderne forholdsvis ofte omstøber afgørelserne, fordi de vurderer, at patienterne er for behandlingskrævende. Hvis patienterne vurderes til at kunne kræve behandling under kørslen, skal medarbejderne trykke på et nødkald til vagtcentralen for at få en ambulance. Ifølge medarbejdere og vagtcentral sker det forholdsvis ofte, at patienten er dårligere end oplyst fra det ansvarlige sundhedsfaglige personale eller er blevet dårligere i ventetiden. Hvor mange tilfælde har det ikke været muligt at få oplyst fra regionerne.

Medarbejderne er utrygge ved smitterisikoen, fordi der kommer flere tilfælde med multiresistente bakteriesygdomme, som ikke altid er diagnosticeret, når de kører med patienterne. Opfattelsen i regionerne er, at medarbejderne i den liggende sygetransport aldrig skal køre med patienter med resistente bakterier. Plejepersonalet skal altid ringe efter ambulance i disse tilfælde.

Et særligt ansvar for patienternes sikkerhed er knyttet til transporten til og fra hospitalet. Observationskørslerne viser, at medarbejderne kører sygetransportvognene på en sikker og forsvarlig måde. Køretøjerne er indrettet og udstyret forsvarligt, men uden mulighed for at kunne behandle patienterne undervejs med ilt, som alle regioner har fravalgt med den begrundelse, at det altid vil være en medicinsk indgriben og kræver særlige forudsætninger.

6. Samarbejde med hospitaler og det præhospitale miljø

Medarbejderne i den liggende sygetransport har en stor samarbejdsflade med ledere og kolleger på stationen, sundheds- og plejepersonale på hospitaler og i det præhospitale miljø. Desuden samarbejder medarbejderne med patienter og pårørende.

Samarbejde med ledere og kolleger

Medarbejdere i den liggende sygetransport, der har deltaget i denne undersøgelse, er ansat enten hos Falck eller i Københavns Brandvæsen, og arbejdet udgår derfor fra stationer ledet af Falck eller Københavns Brandvæsen. Stationens leder er medarbejderens nærmeste arbejdsgiver, og han er ansvarlig for, at overenskomster overholdes, og at der løbende gennemføres uddannelse. Det er også den lokale ledelses ansvar at bemane køretøjerne på stationen med mandskab og sammensætte de hold, der kører en liggende sygetransport.



Dermed er ansvaret for samarbejdsrammerne placeret hos ledelsen på de lokale stationer. Denne ramme spiller en stor rolle for medarbejderne - ikke mindst i de tilfælde hvor medarbejderne har været ude for særlige hændelser, og der er brug for, at medarbejderne kan drøfte oplevelserne med en leder og kollegaer. (Mere under kapitel 9 om psykisk arbejdsmiljø).

Det gode samarbejde og de gode relationer er nødvendige for, at medarbejderne kan udføre et professionelt arbejde. Den socialisering i at arbejde roligt og med stor værdighed er en del af den samarbejdskultur, der råder på stationerne og mellem de to medarbejdere, der er "makkere" på en sygetransport.

Observation og interview

Indtrykket fra observationskørslerne er, at der grundlæggende er et godt samarbejde på stationerne. For en leverandør som har indgået i undersøgelsen gælder, at opdelingen af ambulancer, liggende sygetransport og autohjælp, der er resultatet af omlæggingerne i den præhospitale indsats, har opdelt mandskabet i grupperinger, afhængig af om de videreuddanner sig til paramedicinere eller behandlere, eller de ikke videreuddanner sig. Et andet skel går mellem de unge med studentereksamen og de ældre,

der typisk blev ansat på grund af deres faglige uddannelser. Dermed er der et skel mellem de medarbejdere, der er teoretikere, og de der er mere praktisk funderet.

Jobmæssigt betyder opdelingen, at der i dag er mindre fleksibilitet i de regioner, hvor der er en klar adskillelse mellem at køre ambulance og køre sygetransport. Interview med medarbejderne viser, at samarbejdet på stationerne er påvirket af denne udvikling. Således er det svært at flegse mellem ambulance og sygetransport, og der sker en fastlåsning i jobfunktioner, f.eks. er der antagelig flere ældre medarbejdere, der gerne vil skifte ambulancen ud med liggende sygetransport for at slippe for døgnvagterne.

Observationskørslerne viste imidlertid, at den omstilling der finder sted ikke har påvirket det faglige samarbejde mellem "makkerne" på den liggende sygetransport. Hovedreglen er, at "makkerne" kører fast sammen og derfor kender hinanden godt. De skifter mellem at køre og sidde i bårerummet hos patienterne, og indtrykket er, at de støtter hinanden og arbejder godt sammen.

Kontakten til vagtcentralen

Vagtcentralernes opgave er at planlægge hver enkel køretøjs ruter og have overblik over, hvor det enkelte køretøj befinder sig på ruten via GPS-system. (Se tidligere beskrivelse af, hvordan planlægningen foregår). Samarbejdet mellem vagtcentral og medarbejderne i den liggende sygetransport er bestemt af aftaler mellem leverandør og de forskellige regioner. I denne undersøgelse er medarbejdere fra vagtcentralen hos Region Hovedstaden interviewet, og der er gennemført et besøg med korte interview med medarbejderne på vagtcentralen i Region Nordjylland. Medarbejderne i de øvrige regioners vagtcentraler er ikke interviewet.

Interview med medarbejderne

Interviewene med medarbejderne viser, at der generelt er en god kontakt til vagtcentralerne i de forskellige regioner, men som en medarbejder udtrykte det: "*Så er det underligt at have en arbejdsgiver, som du er ansat hos, og en anden der tilrettelægger arbejdet*". Vagtcentralen sender besked om den patient, medarbejderne skal køre med, og inden for kort tid skal medarbejderne give besked om, at de er parate til at køre. Vagtcentralen kan hele tiden kontrollere, hvor vognen befinder sig, og det er vagtcentralen, der bestemmer, hvornår medarbejderne skal køre hjem til frokost eller holde fyraften.

Flere medarbejdere oplever, at der er "*lang vej mellem vagtcentral og medarbejdere*", og flere efterlyser et tættere samarbejde, som kunne forbedre forståelsen for medarbejdernes arbejdssituation.

Flere medarbejdere giver udtryk for, at overenskomsterne ikke altid kan overholdes, hvad angår pauser og overholdelse af arbejdstids ophør. Derfor får de ind imellem overarbejde. Trods den stramme tidsplanlægning har medarbejderne mulighed for at holde mindre pauser mellem kørslerne, hvor de kan nå at drikke en kop kaffe eller tage et mindre hvil mellem arbejdsopgaverne.

Observationskørslerne viste, at vagtcentralerne er effektive til at planlægge arbejdet, så der er en ny patient, der skal transporteres, så snart medarbejderne melder klar til næste opgave. F.eks. når medarbejderne har afleveret en patient på en hospitalsafdeling, vil den næste opgave meget ofte være fra samme hospital. Medarbejderne giver udtryk for, at det er positivt, at planlægningen af arbejdsdagen er effektiv. Det modsatte giver ofte anledning til irritation.

Interview med medarbejdere på vagtcentralen i Region Hovedstaden

Interview med daglig leder og medarbejdere på vagtcentralen i Region Hovedstaden viste, at de jævnligt har kontakt med medarbejderne omkring patienter, der skal køres med ambulance i stedet for den liggende sygetransport. Det hænder også at vagtcentralen henvender sig til en medarbejder i en sygetransport, som holder stille i længere tid, for at få en forklaring på, hvad der er galt. Det sker også, at medarbejderne ringer ind for at høre, om de kan vente på en patient og køre vedkommende hjem igen.

Vagtcentralen i Region Hovedstaden planlægger ud over kørslerne også medarbejdernes pauser, og hvornår de skal køre tilbage til stationerne efter arbejdstids ophør. Når der sker uforudsete hændelser på ruten, skal medarbejderne kontakte vagtcentralen.

Desuden oplyser daglig leder på vagtcentralen i Region Hovedstaden, at de gør en indsats for at invitere medarbejdere fra sygetransporten ind på vagtcentralen for at informere om arbejdet. Denne vagtcentral holder ind imellem samarbejds møder med driftsledere, hvor der er mulighed for at drøfte forskellige problemstillinger. Det fungerer rigtig godt, og som en medarbejder udtrykker det: *"Så hjælper det at se hinanden i øjnene - det gør det nemmere at få samarbejdet til at fungere"*.

Patienterne og de pårørende

Medarbejderne kører mellem 6-10 ture hver dag og kommer i gennemsnit i kontakt med otte patienter pr. vagt. På de syv observationskørsler, der er gennemført i dette projekt, er der kørt med 38 patienter. Medarbejderne har behov for at samarbejde med patienterne og ikke mindst deres pårørende.

Observation

Observationskørslerne viste, at ca. halvdelen af patienterne var i stand til en aktiv dialog med sygetransportens medarbejdere. Denne gruppe patienter kunne besvare spørgsmål om deres tilstand, formåen i forhold til forflytning, deres behov for lindring - f.eks. at få hovedgærdet løftet op - og de vidste præcist, hvilken afdeling på sygehuset eller hjemmeadresse de skulle køres til. Denne persongruppe havde trods svær sygdom og svækkelse et mentalt overskud.

Den anden halvdel af patienterne var stærkt svækkede af sygdom, alderdom, sårbarhed, stor sorg og demens. Derfor var det vanskeligt for medarbejderne at få besvaret spørgsmål; f.eks. om der var pårørende, der ventede på dem hjemme. Denne gruppe af patienter kunne kun i begrænset omfang samarbejde omkring forflytningerne, fordi

de var afkræftede og heller ikke altid opfattede medarbejdernes ønsker om deres medvirken i forflytningerne. Medarbejderne udviste stor situationsfornemmelse, respekt, omsorg og indsigt i de to gruppers forskellige behov for hjælp og støtte.

Flere af patienterne havde pårørende med enten i bårerummet, eller også kørte de efter sygetransporten i egen bil. Medarbejderne var opmærksomme på de pårørendes meget vanskelige situation. Samarbejdet med de pårørende bestod først og fremmest i at lytte og være nærværende. F.eks. var der en gammel mand, som netop havde erkendt, at hans hustru skulle hjem og dø, fordi behandling ikke længere var mulig. I et andet eksempel var det sønnen, som skulle følge sin mor til strålebehandling, og hvor prognosen ikke var god. Flere pårørende var bekymrede og ængstelige over situationen og var tydeligt præget af sorgen og alvoren. Medarbejderne kan ikke være "terapeuter", men de skal være professionelle i situationen og ikke stille forkerte spørgsmål eller forsøge at aflede patienter og pårørende på en måde, der er upassende. Samtidig skal medarbejderne have "det praktiske overblik" og sikre, at alle ejendele er kommet med hjem, at nøglerne ligger i tasken, og at der er nogen, der modtager patienten derhjemme, på plejehjemmet eller institutionen.

Interview med medarbejderne viser, at samarbejdet med patienter og pårørende er en vigtig del af dagligdagen. Men det kræver træning og flere års socialisering, hvor kolleger viser - igennem det gode eksempel - hvordan disse vanskelige situationer skal håndteres for at være værdige for alle parter. Denne del af arbejdet kan ikke læres på kort tid, men kræver uddannelse i adfærdsmønstre, patienternes tilstand samt diagnoser, og ikke mindst kræver det flere års træning i praktiske situationer.

Kontakt med patienter og pårørende

Patienterne og de pårørende er taknemmelige for den hjælp, de får, og hvis de "brokker" sig, er det fordi ventetiden er lang. Patienterne undrer sig over, at medarbejderne i den liggende sygetransport ved så lidt om deres sygdom og situation. Undervejs var det ikke muligt at interviewe patienten eller de pårørende alene, derfor er graden af tilfredshed med den liggende sygetransport ikke blevet målt.

Personale på hospitaler og institutioner

I forbindelse med observationskørslerne blev 15 hospitaler, over 20 plejehjem/aflastningscentre, et hospice og et rehabiliteringshospital besøgt. Patienterne blev kørt til eller fra behandling på mange forskellige afdelinger og ambulatorier på hospitalerne og institutionerne.

Kontakt og samarbejde med hospital

Medarbejderne i den liggende sygetransport var i kontakt med sundheds- og plejepersonale, hver gang de afleverede eller hentede en patient. Når patienterne blev afleveret, fik personalet en kort besked om, at patienten var ankommet, og hvilken seng patienten skulle flyttes til. Når patienten blev hentet, var der indimellem ventetider, fordi medarbejderne først skulle finde plejepersonalet for at få oplysninger om, hvor patienten opholdt sig, hvor de kunne finde patientens ejendele eller sejlene til loftsliften.

Interview med medarbejderne i den liggende sygetransport

Medarbejderne i den liggende sygetransport betegner samarbejdet med sundheds- og plejepersonalet som rigtig godt og velfungerende. Men der opstår indimellem ventetid på grund af travlhed på hospitalerne, som er med til at forsinke den liggende sygetransport.

Interview med sundheds- og plejepersonale

Sygeplejersker på en dialyseafdeling beskriver samarbejdet med medarbejderne i den liggende sygetransport som godt. De registrerer dog, at der er lange ventetider på transporterne, især når patienterne skal afhentes om eftermiddagen, og ventetiden er et etisk problem. Det er betænkeligt, at patienter der er meget syge og tre gange om ugen skal på hospitalet, skal vente i mange timer. Endvidere siger en af sygeplejerskerne: *"Hvis patienterne kan blive skubbet over i en transportkørestol, så bliver der valgt siddende sygetransport, og det kan være trættende for patienten at sidde op i mange timer"*.

Sygeplejersker og lægesekretærer på et strålebehandlingscenter er på linje med deres kolleger på dialyseafdelingen og mener, at det største problem er ventetiderne. Mange er uforstående over for, hvorfor den liggende sygetransport ikke kan vente på en patient, der kommer ind til strålebehandling med det samme og derfor hurtig er færdigbehandlet. *"De kommer helt fra Tønder, og patienten skal kun i behandling i 10 minutter. Hvorfor kan de ikke vente - hvorfor kommer de ikke tilbage, når de siger, de kommer tilbage?"*. (Sygeplejerske).

Når patienterne venter i flere timer, er personalet nødt til at overvåge deres situation og sørge for at de kommer på toilettet og får noget at drikke. *"Man føler, at man lige skal forbi og se og høre, hvordan hun har det, skal hun have et glas vand, er hun ked af det osv. Man har hele tiden i baghovedet, at man skal kigge efter patienten."* Derfor er det en belastning for personalet, at patienter venter alt for længe. En sygeplejerske forventer, at *"en Falck-redder håndterer patienterne bedre end mange taxichauffører, f.eks. er der patienter, der har grædt over, at de er blevet skældt ud af taxichaufførerne, fordi de har kastet op i taxaen"*. (Sygeplejerske).

Kontakt og samarbejde med plejehjem m.fl.

Plejehjem og behandlingsinstitutioner bruger i mindre grad liggende sygetransport. Det skyldes ofte, at de dårligste patienter med behov for liggende sygetransport er overført til aflastningscentre eller et center med midlertidige pladser, og når beboerne skal til hospitalet foregår det oftest akut. Derfor har flere plejhjemsledere under telefoninterview berettet, at de havde meget lidt erfaring med liggende sygetransport.

Interview med plejepersonale

På et aflastningscenter i Odense ville de gerne have, at patienterne kom mellem kl.11.00 og 13.00, som kan passe ind i centerets planlægning, men ofte skal de vente 2-3 timer. Men ellers er samarbejdet med medarbejderne i den liggende sygetransport omkring patienterne godt.

Kontakt og samarbejde med hospice

I takt med udbygningen af hospice i Danmark er der kommet flere kørsler fra eller til hospice. På hospice har de ofte brug for liggende sygetransport. Samarbejdet fungerer godt. Der er ro og værdighed omkring patienterne og et tæt samarbejde mellem sundhedspersonalet og medarbejderne omkring forflytningssituationer. Et eksempel fra en af de observerede ture er en 71 årig kvinde, terminal kræftpatient, der skal transporteres fra hospitalsafdeling til hospice. Hun er næsten blind, meget afkræftet, tynd og kvalmeramt. Der udleveres attest om, at der ikke skal gives livsforlængende hjælp under evt. hjertestop under transport, og patienten informeres herom.

Patienten kan selv rejse sig og gå til båren med megen hjælp og støtte, og ligeledes ved ankomst til hospice fra båre til seng. Der er næsten ingen kommunikation med hende under transporten. Adspurgt efter turen fortæller medarbejderne, at de vurderer, at hun ikke ønsker samtale, men stilhed, og at de vurderer, hun er så afkræftet, at hun ikke kan respondere. Ved forflytning fra båre til seng på hospice hjælper sundhedspersonalet og medarbejderne i den liggende sygetransport hinanden med at gennemføre en skånsom forflytning, og snak om hvordan puden skal ligge, sådan at patienten kan ligge godt, får et smil frem hos patienten.

Konklusion

Samarbejdet fungerer godt mellem medarbejderne i den liggende sygetransport og sundheds- og plejepersonalet på hospitalerne, institutionerne og regionernes vagtcentraler.

Der er dog også forhold, som kunne være bedre omkring ventetider, og det at patienter ikke kan komme med hjem med det samme fra hospitalerne, men ligger og fylder op på gangene. Ventetiden kan for mange af de meget syge og svækkede patienter være meget belastende. Der er dog ikke klager over medarbejdernes måde at fungere på i relation til patienterne.

Samarbejde med patienter og deres pårørende består i at få en god dialog omkring transporten og forflytningerne. Det handler om at få en god kontakt til patienten, så patienten bliver respekteret og hjulpet bedst muligt under transporten. Dette samarbejde fungerer godt.

Medarbejderne oplever et dilemma omkring ansættelsesforholdet hos leverandørerne og den realitet, at det er regionernes vagtcentral, der tilrettelægger arbejdet; herunder tidspunktet for hvornår medarbejderne skal køre tilbage til stationerne ved arbejdstids ophør. Det resulterer nogle gange i overarbejde. Årsagen er, at vagtcentralen råder over køretøjerne i et vist antal timer, og det ikke altid kan stemme overens med det tidspunkt, hvor medarbejderne skal være tilbage på stationerne.

7. Uddannelse af medarbejdere

I dette kapitel gennemgås uddannelsesniveauer blandt de medarbejdere, der kører i den liggende sygetransport, og der ses nærmere på uddannelseskraevne til medarbejderne, og de kurser der udbydes på AMU-centrene.

Medarbejdernes uddannelse

I forbindelse med observationskørslerne er 15 medarbejdere blevet interviewet om deres uddannelsesbaggrund. Syv har gennemført den toårige erhvervsuddannelse hos Falck, og flere har efterfølgende gennemført en behandleruddannelse. Fire har et fire-ugers kursus i liggende sygetransport fra AMU i Esbjerg (Rescue Center Denmark). Tre har deltaget i kortere virksomhedsinterne uddannelsesforløb. En er under uddannelse til redder.

Der er en gruppe ældre medarbejdere, som har fået behandleruddannelsen hos Falck, og som har valgt at køre liggende sygetransport for at undgå 24 timers vagtordninger i akuttjenesten. En anden gruppe er yngre og nyuddannede medarbejdere, som venter på, at der bliver en ledig plads i akuttjenesten, så de kan komme i gang med en videreuddannelse til behandler og paramediciner. En tredje gruppe af medarbejdere kører i den liggende sygetransport, fordi de har erkendt, at videreuddannelse inden for behandling er for krævende for dem. En fjerde gruppe havde meget lidt uddannelse og erfaring.



Observation og interview med medarbejdere

Observationskørslerne viste, at medarbejderne er kvalificerede til at udføre opgaver inden for den liggende sygetransport, og at mange har store erfaringer inden for ambulance- og sygetransport, som de kan trække på i udførelsen af jobbet. På fire ud af de syv "makkerpar" var der mindst en medarbejder med behandleruddannelse. Medarbejderne oplever, at de kan leve op til kravene i jobbet, og at de på flere områder er overkvalificerede i forhold til kravene i arbejdet. På den anden side er de skeptiske over for at skære uddannelsen ned til et 12 timers udvidet førstehjælpskursus, som er de krav regionerne har stillet til medarbejdere, der skal køre liggende sygetransport. En formulerer det på denne måde: *"Det kan blive rigtig svært for medarbejdere at holde hovedet klart i vanskelige situationer. Patienterne er meget syge, og det kræver træning at kunne se, hvornår en patient er behandlingskrævende"*.

Interview med præhospitale ledere

Interview med ansvarlige inden for den præhospitale ledelse viser, at regionerne er klar over, at kvalifikationsniveauet på den liggende sygetransport er højt i øjeblikket, og at der kan blive behov for at stille flere krav i udbudsmaterialet i fremtiden for at sikre, at medarbejderne kan varetage opgaverne på en forsvarlig måde. Således udtrykker en leder: *"Vi er godt klar over, at vi "lukrerer" på den gode uddannelse, medarbejderne har hos Falck. Den dag vi får en anden leverandør, så kan vi ikke forvente den samme kvalitet i arbejdet, som vi får i dag"*.

Regionerne har ikke lavet evaluering af kvaliteten i den liggende sygetransport, men regionerne kan konstatere, at de aldrig får klager over medarbejderne. Regionerne ved også, at plejepersonalet og patienterne er meget glade for medarbejderne.

Interview med medarbejdere på vagtcentral

Medarbejderne på vagtcentralen i Region Hovedstaden er også opmærksomme på de nuværende uddannelseskrav i den liggende sygetransport. De interviewede medarbejdere mener således: *"At der bør stilles krav om, at medarbejdernes skal have gennemført et kursus i udvidet førstehjælp, hjertestarterkursus, hygiejnekursus, basis sygdomslære, psykologisk førstehjælp, uddannelse i udstyr på bilerne, kommunikationskursus samt konflikthåndtering. Alle skal en dag på vagtcentralen for at se, hvordan den fungerer. Desuden er det vigtigt at kræve, at en medarbejder på bilen skal have mindst 2-3 års erfaring med transport af syge mennesker"*.

Uddannelse ved AMU-udbydere

I regionernes udbudsmateriale er der formuleret krav om, at medarbejdere der kører liggende sygetransport skal have et kørekort til erhvervsmæssig personbefordring, kategori B, og udvidet kursus i førstehjælp på 12 timer. Der eksisterer i dag ikke lovgivning på området med særlige krav til medarbejdernes kvalifikationer.

Der udbydes for øjeblikket kurser hos to AMU-udbydere i Danmark *for alle personer, som har eller søger beskæftigelse i en virksomhed, der udfører sygetransport*, som det fremgår af kursusbeskrivelsen. Det drejer sig om Erhvervsskolen Nordsjælland og

Rescue Center Denmark i Esbjerg. Disse to skoler afvikler kurser rettet imod medarbejdere, der er beskæftiget inden for brand- og redningstjenesten inden for bl.a. de kommunale brandvæsener, Falck, Responce, Dansk Autohjælp og Vestas.

Interviews med undervisere

I denne undersøgelse er der gennemført interview med to undervisere på skolen i Esbjerg. Her udbydes et 20 dages kursus over fire uger med det formål, *at deltagerne efter gennemført uddannelse, gennem teori om specifikke og komplekse sygdomstilstande, handicaps og aldring, kan udføre komfortabel kørsel i den liggende sygetransport.*

Kurserne i Esbjerg har været udbudt siden 2008. Deltagerne kommer typisk fra en stilling inden for autohjælp eller ambulancekørsel. Der ses dog en tendens til, at flere kommer direkte fra gaden uden erfaring inden for redningsområdet.

Underviserne i Esbjerg oplyser, at det kan være vanskeligt for deltagere at komme direkte fra gaden uden forudsætninger. Der er mange emner, der skal nås på forholdsvis kort tid, og derfor kan det være vanskeligt for deltagerne at blive fortrolige med emnerne. F.eks. har underviserne fået tilbagemeldinger om, at der mangler forflytnings- træning, og at der er usikkerhed omkring resistente bakterier.

I nedenstående oversigt er indholdet i det kursus, som TUR-udvalget (med repræsentanter for arbejdsmarkedets parter) anbefaler, og som bliver gennemført på 20 dage.

Indhold i TUR-kursus for medarbejdere i den liggende sygetransport

Kurserne indeholder følgende emner:

Patienternes sygdomme og adfærd

- Specifikke og komplekse sygdomstilstande, psykiske sygdomme, handicap og aldring
- Typiske adfærdsmønstre hos mennesker med forskellig aldersmæssig, kulturel, religiøs, sproglig, social og etnisk baggrund

Køretekniske og trafikmæssige forhold:

- Kørseldynamik, køretøjets mekaniske/fysiske muligheder og begrænsninger,
- Teori om vej-, vejr- og trafikforhold, udføre hensigtsmæssig og komfortabel kørsel samt korrekt styre-, bremse-, undvige-, og afværgeteknik

Håndtering og forflytning af patienter og udstyr

- Korrekt løft-, bære- og forflytningsteknik, udføre skånsom og støttende assistance med udgangspunkt i patientens tilstand
- Korrekt medflytning af behandlingsapparat, betjene bevægelseshæmmedes personlige hjælpemidler og
- Kommunikere med patienten på en måde, som tager hensyn til dennes specielle fysiske, og psykiske tilstand.

Smitterisiko og hygiejne

- Indsigt i smitterisiko
- Korrekt håndhygiejne, brug af handsker
- Rengøring og vedligeholdelse af køretøjet før og efter transport

Adfærd i tilfælde af færdselsuheld, ulykke eller pludselig opstået sygdom:

- Foretage alarmering
- Anvende brandslukningsmateriel og foretage evakuering fra køretøj

Adfærd i forhold til forværring af patientens tilstand:

- Agere korrekt i forhold til pludselig forværring af patientens tilstand
- Hjertestop o.l., på baggrund af beherskelse af førstehjælpens fire hovedpunkter

Omsorg i forhold til patienten

- Omsorg i forhold til bestemte sygdomskategorier
- Transport af patienter, der modtager støttende iltbehandling
- Omsorg for i forvejen kendte, ikke-akutte sygdomme
- Symptomer på ændret sygdomstilstand
- Videregivelse af observationer
- Lettelse af ubehag og forebyggelse af risici

Have kendskab til journalisering og registrering af persondata. Kan udføre korrekt radiokommunikation.

Interview med medarbejderne i den liggende sygetransport

Interview med medarbejderne i den liggende sygetransport viser, at kurserne er blevet taget af medarbejdere, som tidligere har kørt autohjælp eller rustvogn. For disse medarbejdere fungerer kurserne som genopfriskning af viden, som de tidligere har fået gennem deres ansættelse og interne uddannelse.

Leverandørernes uddannelseskultur

Inden for ambulance- og redningsbranchen er der forandringer i gang, som kan karakteriseres som et generationsskifte og en ændret uddannelseskultur. Det viser interviewene i denne undersøgelse og resultaterne fra en anden samtidig analyse (Mærsk Nielsen og Nørskov 2012), hvor der er gennemført interview med ledere og medarbejdere hos de fire største leverandører af ambulance- og redningstjenesten i Danmark. Der stilles i dag større krav til, at medarbejderne opkvalificerer sig som behandlere og paramedicinere. De unge, der optages i dag, har ofte en studentereksamen, hvor de gamle havde en faglig uddannelse, før de startede i redningsbranchen. Medarbejdere og ledere fortæller således, at det inden for ambulance- og redningstjenesten bredt set er mærkbart, at der bliver stillet krav om, at medarbejderne løbende efteruddannes, og derfor er uddannelse en del af virksomhedskulturen.

Vender man blikket mod uddannelseskulturen inden for den liggende sygetransport, kan det på grundlag af interviewene med AMU udbyderen i Esbjerg konstateres, at der er andre leverandører end de etablerede, der sender medarbejdere på kurser i liggende sygetransport, hvilket kunne tyde på, at disse leverandører på tilsvarende vis vil opgradere deres ressourcer inden for området. De nye leverandører på markedet står over for at skulle udvikle en uddannelseskultur, som kan sikre, at medarbejderne bliver kvalificeret til at varetage opgaverne med den liggende sygetransport på en forsvarlig måde.

Konklusion

Regionerne stiller i dag krav om - i udbudsmaterialet - at medarbejdere, der kører liggende sygetransport, skal have kørekort til erhvervmæssig personbefordring, kategori B, og udvidet kursus i førstehjælp på 12 timer. 12 ud af 15 medarbejdere på observationskørslerne havde erhvervsuddannelse eller mange års erfaring inden for redningsarbejde. Tre af medarbejderne havde kortere uddannelse. Derfor er medarbejdernes kompetencer højere end krævet.

Den præhospitale ledelse i to af regionerne har givet udtryk for, at de er klar over, at de krav, der har været stillet til medarbejdernes uddannelsesniveau, ikke er tilstrækkelig, og at det vil blive nødvendigt i de kommende udbudsrunder at indføre flere krav til uddannelsen.

I AMU-regi bliver der udbudt kurser - udviklet af TUR - til medarbejdere i den liggende sygetransport i Esbjerg og i Hillerød. Uddannelsen er på 20 dage og indeholder emner, som er relevante for at kunne erhverve den nødvendige kompetence.

8. Det fysiske arbejdsmiljø

Medarbejdernes fysiske arbejdsmiljø har på den ene side betydning for patienternes sikkerhed og på den anden side betydning for medarbejdernes helbred. I dette kapitel ses der på arbejdspladserne og opgaverne med at forflytte patienterne.

Stationen og bilen som arbejdsplads

Udgangspunktet for observationskørslerne var fem Falck stationer, en station med medarbejdere fra Københavns Brandvæsen og de i alt syv sygetransportvogne, som konsulenterne har kørt med i undersøgelsesperioden.

Observationer af forhold på stationerne

Stationen er medarbejdernes faste holdepunkt, hvor de møder ind, klæder om og henter den sygetransportvogn, som et "makkerpar" kører i på en vagt. Det er ledelsen på stationerne der har ansvar for, at køretøjer, udstyr og beklædning lever op til de krav, der er stillet i Arbejdsmiljøloven om udbud og tjenester, når det gælder udstyret i sygetransportvognen og uddannelsen af medarbejderne i den liggende sygetransport.

Dertil kommer kravet om, at leverandøren skal leve op til kravene i bekendtgørelser og vejledninger, som sikrer, at medarbejderne ikke bliver nedslidt eller udsættes for ulykker. Leverandøren har det fulde ansvar i forhold til de ansattes ve og vel, også selv om det er regionerne, der har udliciteret opgaven. Stationen skal også stille faciliteter til rådighed for medarbejderne i forhold til omklædning, og de skal gøre det muligt for medarbejderne at indtage deres frokost på stationen. Leverandørerne lever op til de formelle krav. Det skal dog bemærkes, at denne undersøgelse ikke har gennemført en indgående undersøgelse af, hvorvidt stationerne lever op til alle krav i Arbejdsmiljøloven.

Observationer i forhold til vognene

Sygetransportvognene og udstyret der er stillet til rådighed er tidligere beskrevet under afsnit 5 "Sikker transport og håndtering af patienterne", hvor der var sat på fokus på patienternes situation. I dette afsnit redegøres for observationer af de påvirkninger medarbejderne udsættes for i sygetransportvognene.

Under observationskørslerne er der kørt med ældre og nyere sygetransportvogne af forskellige mærker. Alle køretøjerne har været fuldt forsvarlige og levet op til de formelle krav. Alligevel kan det diskuteres, om kravene er tilstrækkelige i forhold til medarbejdernes helbred og patienternes situation.

Førerhuset: Medarbejderne tilbringer mange timer i førersædet, og derfor er det vigtigt, at det er godt udformet, og at der er taget hensyn til mange timers kørsel på veje. Flere vogne havde automatgear, men ikke fartpilot, som kan nedsætte belastningerne på medarbejderne.

Bårerummet: Sædet ved båren kan indstilles og drejes i forhold til båren, men er ikke altid komfortabelt at sidde på i længere tid. Det andet sæde er ubehageligt at sidde på, hvad enten det er en medarbejder eller en pårørende, der sidder der under transporten. Vognene er ikke tilstrækkelig affjedret, og det medfører (især på kørsel på ujævne veje og arealer), at der kommer ubehagelige "stød" op igennem kroppen. Det samme gælder for patienten, der ligger på båren.

Båren skal trækkes og skubbes i forbindelse med ud- og indladning, og stellet skal slås ud/ind manuelt. Medarbejderne magter opgaven med korrekt arbejdsteknik, men bliver alligevel belastet af de tunge løft, der forekommer hver gang båren skal ud og ind af sygetransportvognen. Flere af transportvognene har tunge bårer, og andre er udstyret med letvægtsmodeller.



Ud- og indlastning af bære



Båren gøres klar

Trappevognen er tung, når den skal løftes ud af vognen, og den er tung at køre med på ujævne overflader. Medarbejderne giver udtryk for, at de er tilfredse med den aflastning, trappevognene yder dem under forflytningerne op og ned ad trapper, men påpeger dog at trappevognen kan være vanskelig at håndtere på snævre trappeopgange.



Trappevogn gøres klar

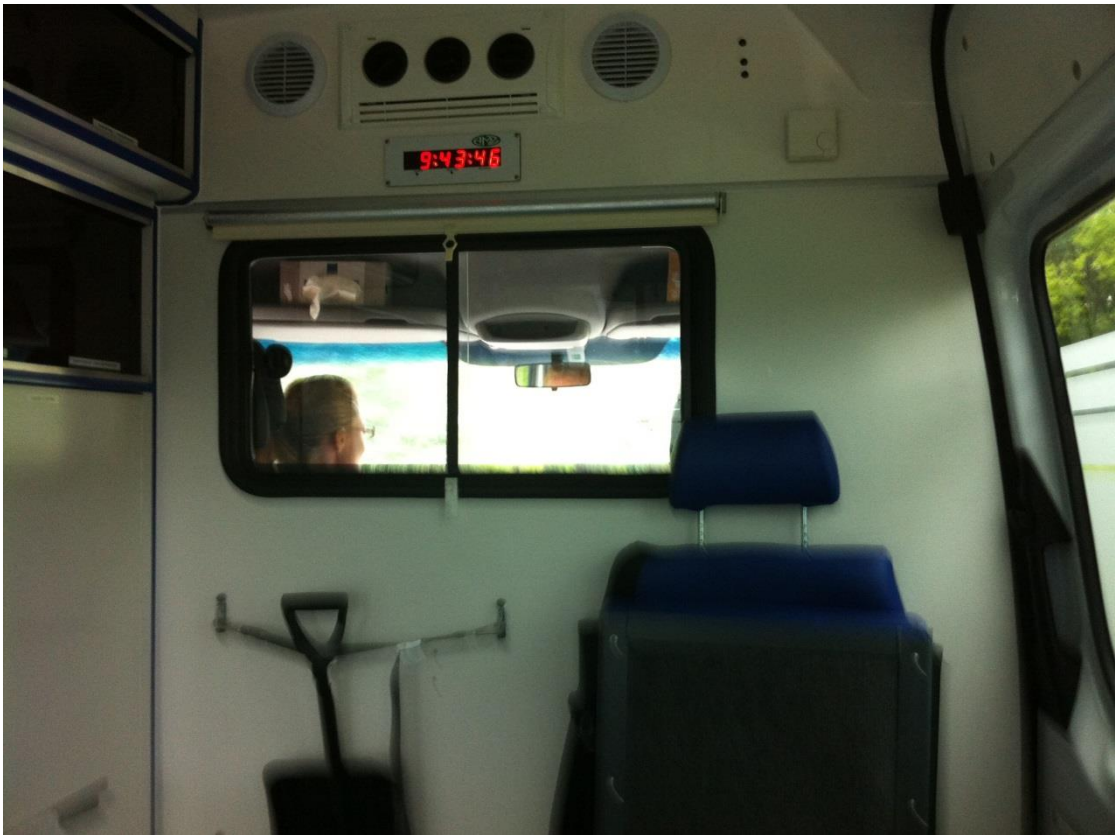


Patient køres ned ad trappe

Den transportable lift, som forefindes i vognene, bliver sjældent brugt, fordi den er tung, besværlig og tidskrævende at få transporteret til patientens bolig. Til gengæld anvender medarbejderne ofte glidestykker eller andre typer forflytningsredskaber.

Fastspænding af udstyr: Alt udstyr er fastspændt under kørslerne i henhold til gældende krav, og dermed er risikoen for at få "udstyr i hovedet" minimeret i forhold til hårde og pludselige opbremsninger.

Indeklima i bårerummet: I flere vogne er der aircondition, men ikke i alle. Således blev en af observationskørslerne kørt en varm sommerdag, hvor den manglende afkøling påvirkede både patienten og medarbejderne.



XL-bilerne: I alle regioner er der mulighed for at rekvirere XL-udstyr i henhold til reglerne om, at der skal være et specialkøretøj og udstyr til rådighed, hvis patienten vejer mere end 120 kg.

Det tunge arbejde og forflytningerne

Der er meget tungt og besværligt forflytningsarbejde i den liggende sygetransport. Observationerne af medarbejdernes håndtering af de syge og meget immobile patienter viste, at der er mange årsager til, at medarbejderne løfter, bærer, skubber og forflytter i stort omfang.

For det første er en stor del af patienterne ikke i stand til at støtte eller hjælpe til under forflytningerne. Mange patienter kan ikke stå eller gå, og de kan ikke hjælpe til med at vende sig eller holde fast under en forflytning. En del patienter har vanskeligt ved at reagere på en besked og kan dermed ikke tage aktiv del i forflytningen. En del forflytninger forværres af, at patienterne er kraftige eller overvægtige. Mange sygdomme medfører smerter, ømhed eller sår, som gør det vanskeligt for medarbejderne at flytte og håndtere patienten så skånsomt, som de kunne ønske.



For det andet er flere af de anvendte bærer tunge at slå ud/ind samt laste ud og ind af syge-transportvognen. Båren er tung at skubbe på ujævne overflader, fordi hjulene er små, og båren ikke kan affjedre, hvilket er med til at øge modstandskraften/friktionen når båren skubbes. Alle bærerne bliver tunge, når der ligger en patient på båren, og det er især i disse situationer, at medarbejderne bliver belastet. Båren - med en patient på - kan være tung at skubbe. Det gælder især på gangstier og arealer med ujævnt underlag. Flere medarbejdere giver udtryk for, at netop ud- og indladningen af patienterne burde være forsynet med en form for automatisk løftesystem, som fjernede de mange belastende løft.

Trappevognen er tung og skal løftes ud og ind af vognen, og den er tung at transportere udendørs på ujævne overflader. Trappevognen er ikke mulig at indstille i samme højde som båren eller en hospitalseng, og derfor bliver medarbejderne belastet ved flytning af patienten fra trappestol til bære eller seng.

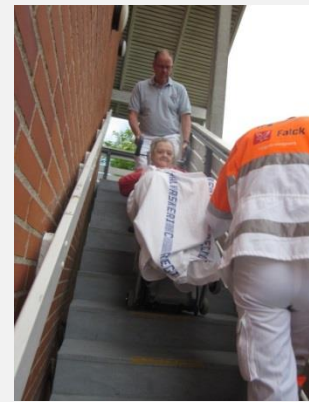
Den manuelle lift er besværlig at håndtere ud/ind af vognen og transportere på terræn og trapper.

For det tredje er omgivelserne ikke indrettet og tilpasset efter, at der skal foregå tunge forflytninger. Det gælder forholdene i og omkring private hjem, beskyttede boliger, på hospitalerne samt aflastningscentre, plejehjem og institutioner. Ud over de mangelfulde adgangsforhold og utilstrækkelig indretning (se mere herom senere i dette afsnit) mangler der ofte løfteudstyr i private hjem såvel som på hospitaler og institutioner.

Observationerne bekræftede, at medarbejderne blev påvirket af flere af de nævnte arbejdsbetingelser ved hver eneste patient, medarbejderne transporterede. Den følgende case viser et eksempel på de belastende forhold, en medarbejder kan komme ud for.

Patientcase - den immobile og tunge patient

Patienten kan ikke stå på benene eller hjælpe til under forflytningen. På hospitalet er der ikke en lift tilgængelig, så patienten bliver forflyttet fra seng til bære med et glidestykke. Ved den beskyttede bolig skal patienten flyttes fra bære til trappevogn. Patienten kan ikke flyttes ved hjælp af glide-stykke, fordi trappevognen ikke kan indstilles i samme højde som båret. Patienten transporteres op ad en stejl trappe til førstesal med trappevognen. I lejligheden har hjemmeplejen installeret en hospitalsseng, men den kan ikke sænkes ned til samme højde som trappevognen. Derfor er det nødvendigt at løfte patienten op i sengen med store belastninger til følge for medarbejderne.



Billedtekst;

Øverst til venstre: Forflytning fra seng til bære

Øverst midt: Forflytning fra bære til seng.

Øverst til højre: Trappevogn på stejl trappe

Nederst: Forflytning fra trappevogn til seng.

En anden case viser, at selv om patienten er mobil og kan hjælpe til, og der er de nødvendige hjælpemidler og lifte til rådighed, så vil medarbejderne i den liggende syge-transport blive belastet af forflytningerne.

Patientcase - den mobile og lette patient:

Patienten kan selv støtte på benene og hjælpe til med at flytte sig fra trappevogn og til båren. Medarbejderne bruger dermed få kræfter og belaster ikke kroppen uhensigtsmæssigt. Til gengæld opstår der belastninger på medarbejderne ved ud- og indladning af båre og trappevogn. God arbejdsteknik aflaster de tunge løft, men den fjerner ikke belastningerne på grund af udstyrets vægt.



Fra trappevogn til båre



Båren læsses ind i bilen



Trappevognen læsses ind

Observationerne viste, at medarbejderne beherskede arbejdsteknikken og anvendte principperne, så vidt det var muligt. På grund af arbejdsforholdene var det imidlertid langt fra muligt for medarbejderne at beskytte deres ryg, led og muskler. Der forekom situationer, hvor belastningen på kroppen blev alt for stor, dels på grund af indretningen, men også fordi træk, skub og løft af tungt udstyr og tunge patienter overskrider de anbefalede grænseværdier.

XL-patienter

Det har ikke været muligt at køre med en XL-vogn i denne undersøgelse, men medarbejdere oplyser, at vogne og udstyr stort set fungerer tilfredsstillende. Alligevel er det i flere tilfælde næsten umuligt at få en patient bragt til hospitalet, fordi boligforholdene - herunder snævre passager og døråbninger samt lave senge - kan gøre det yderst belastende "at bakse" patienterne ned eller ud fra en bolig.

Tilkørsels- og adgangsforhold

Som tidligere nævnt påvirker omgivelserne medarbejderne under hver eneste patientkørsel, og det er forhold, som belaster medarbejdernes bevægeapparat.

Patienternes boliger

Det gælder især forholdene i og omkring patienternes egne boliger. Ofte er det ikke muligt at køre sygetransportvognen tæt på ind- eller opgang, og derfor skal bære og trappevogn skubbes op ad gangstier belagt med grus eller ujævne fliser. Trappeopgange er ofte snævre, og i mange ældre beboelsesblokke er der ikke elevator.

Patienterne skal ofte forflyttes fra egen seng eller en hospitals seng. Sengene er lave, pladsforholdene omkring sengen er sparsomme, og det kan være vanskeligt at komme rundt om sengen. Ofte er det ikke muligt at få båret med ind i huset, så derfor bliver medarbejderne nødt til at bære patienterne eller sætte dem på en trappestol, som kan skubbes til båret.



Ujævn overflade på sti ved privat bolig.

Forhold ved beskyttede boliger

Disse boliger er ikke altid indrettet til at forflytte patienter uden problemer. Under en af de observerede kørsler blev en patient afleveret på første sal uden elevator. Der var en udvendig trappe, som var stejl og ikke velegnet til transport af en tung patient på en

trappevogn. Hjemmeplejen havde fået installeret en hospitalsseng, men ingen lift til flytning af patienten.

Forhold på hospitalerne, plejehjem, aflastningscentre og hospice

Tilkørselsforholdene for den liggende sygetransport var besværlige på en række af de 15 hospitaler, hvor patienterne blev kørt til. Flere steder holdt sygetransportvogne i kø for at komme i nærheden af indgangen, eller også måtte de skubbe båren på et længere udendørsareal. På et hospital var asfalten på kørevejen ved hospitalet så hullet, at det gav rystelser i vognen. Medarbejderne beskrev det som et problem, fordi de kørte der mange gange om dagen.

Mange hospitaler og institutioner har fået installeret lift i loftet på mange sygestuer. Men der er stadig mange sygestuer, ambulatorier, strålebehandlingscentre m.fl., hvor det ikke er tilfældet. Der forefindes manuelle lifte mange steder, men det kan være svært for medarbejderne i den liggende sygetransport at finde dem eller få adgang til dem. I stedet foretrækker de fleste medarbejdere at forflytte patienten fra seng til bære eller omvendt ved hjælp af et glidestykke.

Konklusion

Det fysiske arbejdsmiljø er især præget af meget tunge forflytninger og løft, som belaster medarbejderne. Køretøjer og udstyr aflaster medarbejderne i et vist omfang, men der er forhold ved ud- og indladning af båren og trappevogne, som kunne forbedres gennem udvikling af køretøjer og udstyr og dermed reducere en del af det tunge arbejde.

Der er sket en del forbedringer af forflytningsforholdene på hospitaler og institutioner, således er der indført loftslifte på mange stuer, men der er stadig lang vej igen, før medarbejderne kan anvende en loftslift, hver gang en patient skal afhentes.

Når det gælder private boliger eller beskyttede boliger er forholdene ofte meget vanskelige. På trods af korrekt arbejdsteknik, trappelifte og løfteudstyr er forflytninger i private hjem og flere beskyttede boliger ofte forbundet med belastninger og stor risiko for akut opståede arbejdsskader.

9. Psykisk arbejdsmiljø

I dette kapitel om psykisk arbejdsmiljø berøres de forhold, der har betydning for det psykiske helbred og som påvirker medarbejderne i mere eller mindre grad.

Indflydelse på arbejdet

Medarbejderne hos leverandørerne i alle regioner, bortset fra i Region Sjælland, hvor de stadig har mulighed for at skifte mellem akuttjenesten og liggende sygetransport, er i dag fastansat i den liggende sygetransport og skal internt søge et job, f.eks. i ambulancen eller i øvrige arbejdsområder. Der er ikke længere en fleksibel mulighed for jobskifte. Dermed er der mindre mulighed for at skifte job, hvis medarbejderne har behov for at blive aflastet - i en periode - fra en jobfunktion, der opleves psykisk belastende.

Al tilrettelæggelse af det daglige arbejde foregår i dag fra vagtcentralerne i regionerne med begrænset mulighed for indflydelse. Således kan en medarbejder ikke beslutte at tage en patient med retur - selv om de kan se, at behandlingen tager kort tid. I alle disse tilfælde skal medarbejderen ringe til vagtcentralen for at høre, om der er en mulighed for at vente på en patient.

På trods af de små muligheder for selv at tilrettelægge arbejdet og forventninger til, hvor mange patienter, medarbejderne skal transportere i gennemsnit, så har medarbejderne frihedsgrader til selv at bestemme tempoet omkring udførelsen af arbejdet. Det vil sige, hvor lang tid de har til at forflytte en patient og transportere patienten frem til målet. Vagtcentralen har imidlertid kontrolmuligheder og kan afkræve forklaring på, hvorfor sygetransporten holder længere end forventet på en adresse.

Medarbejdernes indflydelse på eget arbejde er begrænset, og medarbejderne oplever, at de i et vist omfang bliver overvåget og kontrolleret. Disse forhold påvirker i mere eller mindre grad medarbejdernes psykiske tilstand.



Kompetence i jobbet

Som beskrevet i tidligere kapitler har medarbejdernes kompetencer og uddannelsesniveau stor betydning for kvaliteten i sikkerheden og håndteringen af patienterne. Graden af kompetence har imidlertid også stor indflydelse på medarbejdernes psykiske tilstand. En medarbejder der har erfaring, er kompetent i sit arbejde og kan overskue vanskelige og komplekse situationer, vil have et mentalt overskud og virke rolig, omsorgs- og respektfuld over for patienterne. Det modsatte vil gøre sig gældende, hvis medarbejderen ikke har de nødvendige kompetencer, den nødvendige erfaring eller en kollega at støtte sig til.

Kompetence og erfaring skaber den nødvendige ro og fører til høj kvalitet i udøvelsen af jobbet, og samtidig vil jobbet opleves mindre psykisk belastende af den enkelte medarbejder. Således er der mange medarbejdere, der er urolige over den begrænsede viden om smittefare, og hvad det kan betyde for spredningen af resistente bakterier.

Hvis medarbejderne til gengæld er overkvalificeret til jobbet, kan det føre til manglende tilfredshed i jobbet og til alvorlig frustration. Således er der i dag flere medarbejdere, der mangler udfordring i den liggende sygetransport, fordi de ikke må behandle. Disse medarbejdere venter på at få nye og større udfordringer ved - på sigt - at skifte job til den akutte ambulancetjeneste. Andre medarbejdere venter på at gå på pension.

Det er derfor vigtigt, at leverandørerne sørger for, at medarbejdere der mangler kompetence bliver uddannet, så de magter opgaven. Og i de tilfælde hvor medarbejdere er overkvalificerede, er det vigtigt, at leverandøren skaber udfordringer gennem jobforandring for at skabe gode psykiske arbejdsbetingelser.

Kontakten med patienterne og de pårørende

Som tidligere beskrevet er det en vanskelig opgave for medarbejderne at kommunikere med de meget syge og alderdomssvækkede patienter og deres pårørende. Medarbejderne skal håndtere hver eneste patient på grundlag af meget få oplysninger, og de skal hurtigt "aflæse" patienten og de pårørendes stemningsleje og tilstand. Det kræver en stor grad af empati og et stort nærvær.

Medarbejdere i ambulancetjenesten er vant til at håndtere patienter, hvor der - trods alvorlig sygdom og voldsomme ulykker - er plads til håb. I den liggende sygetransport er der mange patienter, der er svækket af alderdom, patienter i terminalfasen og komplekse sygdomsforløb, hvor der er meget lidt håb. Som flere medarbejdere har udtrykt det på observationskørslerne og flere deltagere på udviklingsworkshoppen, så er patienterne i den liggende sygetransport meget mere fysisk og psykisk belastende for medarbejderne end i ambulancerne. Selv om flere har tilføjet, at det selvfølgelig er svært at sammenligne de to områder på denne måde. En af deltagerne på udviklingsworkshoppen udtrykte det således: *"Det er den mest deprimerende tid i min tjenestetid, da jeg var udlånt til at køre i den liggende sygetransport"*.

Flere har givet udtryk for, at opmærksomheden i regionerne og hos leverandørerne er rettet mere imod ambulancer end imod den liggende og siddende sygetransport. Den manglende opmærksomhed kan føre til, at patienterne får en transport med manglende kvalitet, og at medarbejderne bliver udsat for yderligere psykiske belastninger. I sidste ende kan det betyde, at den liggende sygetransport får vanskeligt ved at fastholde og tiltrække medarbejdere.

Støttekulturen fra ledere og kolleger

Der er en tilbøjelighed til at undervurdere belastningerne af medarbejderne i den liggende sygetransport, fordi de ikke håndterer akutte syge patienter og alvorlige ulykker. Denne undervurdering kan få konsekvenser for den måde medarbejderne bliver støttet på af ledere og kolleger.

Det kan betyde, at medarbejderne ikke får mulighed for at få talt med en leder om oplevelserne og dermed ikke får støtte til at bearbejde vanskelige oplevelser. Det er måske ikke altid et enkelt tilfælde, der sætter sig fast på nethinden hos en medarbejder, men mere mængden af døende og meget svækkede patienter, der kan ramme en medarbejder. Derfor er det nødvendigt med en støttende kultur med plads til samtaler og dialog også for medarbejdere i den liggende sygetransport.

Medarbejderne kan undervejs tale med "makkerne" om de oplevelser de har, men ofte er det vanskeligt at tale sammen, fordi de er på vej til den næste opgave, hvor den ene medarbejder skal koncentrere sig om at køre i trafikken. Derfor bliver oplevelser og hændelser ikke altid berørt og bearbejdet i tilstrækkelig omfang.



Medarbejderne kan opleve psykisk træthed, fordi de dagligt bliver "bombarderet" med mange håbløst syge mennesker. Selv om medarbejderne ikke har længerevarende kontakt med den enkelte patient, så er der behov for (som på plejehjem og på hospice), at medarbejderne får mulighed for at bearbejde kontakten med patienterne - i samtale-

eller dialoggrupper. Der er således ikke indlagt tid til, at medarbejderne kan deltage i denne type aktiviteter.

Ansættelsesforhold

Medarbejdere ansat i den liggende sygetransport bliver med regelmæssige intervaller udsat for en udbudsrunde, som kan betyde, at de mister jobbet hos den leverandør, de har arbejdet for i mange år. Medarbejderne gav udtryk for, at de frygtede udbudsrunderne, fordi de vidste, at de dermed mistede jobbet, og at de ikke kunne være sikre på at få job hos den leverandør, der eventuelt overtog aftalen med regionen. Der er ingen aftaler eller garantier for, at medarbejderne fortsætter i samme jobfunktion ved en virksomhedsoverdragelse. Desuden gav medarbejderne udtryk for stor usikkerhed om ansættelsesforholdene, vagtordninger og løn, samt hvilke stationsfaciliteter, materiale og udstyr der ved overdragelsen ville blive stillet til rådighed hos en ny leverandør.

Usikkerheden fik også betydning for rotationen mellem jobfunktionerne hos medarbejderne hos regionernes leverandører. Flere af de unge nyuddannede havde vanskeligt ved at komme videre med uddannelsen, fordi ældre medarbejdere i akuttjenesten ikke turde skifte til den liggende sygetransport på grund af frygten for at miste arbejdet eller udsigten til at skulle skifte til anden leverandør.

Disse utrygge forhold påvirkede medarbejderne psykisk og gav, som en udtrykte det, *"uro og usikkerhed for, hvordan det skulle gå fremover"*. (Medarbejder).

Konklusion

Medarbejderne har kun i begrænset omfang indflydelse på arbejdet, som i alle regioner styres fra vagtcentraler. Flere oplyser, at det er godt med den effektive planlægning af arbejdet, men at oplevelsen af kontrol påvirker dem.

De fleste af de medarbejdere, der har deltaget i undersøgelsen, har en høj grad af kompetence og erfaring, som betyder, at de magter opgaverne. Men undersøgelsen viste også, at der let opstår usikkerhed og tvivl, hvis den nødvendige kompetence og erfaring ikke er til stede. Omvendt giver overkvalificering anledning til frustration, fordi de mangler udfordringer.

Medarbejderne udsættes desuden for psykiske belastninger, fordi de hele tiden er i kontakt med meget alvorlig syge og svækkede patienter. Patientklientellet svarer til patienter på hospice og på plejehjem, men i modsætning til personalet på disse institutioner får medarbejderne i den liggende sygetransport ikke mulighed for at bearbejde deres oplevelser. Således er der ikke afsat tid til, at medarbejderne kan deltage i f.eks. forebyggende samtale- eller dialogmøder.

Medarbejderne er udsat for psykiske belastninger på grund af usikkerheden omkring udbudsrunderne. Medarbejderne er usikre på, om de bliver overflyttet til ny leverandør, og dertil kommer usikkerhed omkring arbejdsforholdene, uddannelse mm hos en eventuelt ny leverandør. Usikkerheden får i dag indflydelse på fleksibiliteten hos leverandøren. Således flytter de ældre ikke fra jobbene i ambulancerne, og de unge får svært ved at komme videre med deres uddannelse, fordi der ikke er jobmuligheder i ambulancerne.

10. Fremtidsperspektiver

Gennem analysearbejdet har der været behandlet en række billeder af, hvordan fremtiden kan forme sig på baggrund af de eksisterende forhold omkring 1) organisering af den liggende sygetransport, 2) hensynet til patientsikkerhed og 3) arbejdsmiljøforholdene for medarbejderne i branchen. I relation til disse overordnede forhold vil der i dette afsluttende kapitel blive rejst en række områder til diskussion, som det vil være op til politikere i regionerne og i ministeriet, uddannelsesplanlæggere, arbejdsgivere og faglige organisationer at videreføre i relevante fora og sammenhænge.

Inden for det præhospitale område er der, som i resten af sundhedssektoren, et voksende pres på at sikre en driftsmæssig forsvarlig opgaveudførelse under indflydelse af en aldrende befolkning, mere komplekse sygdomsbilleder og ny sygehusstruktur. Der indføres nye teknologier som elektroniske patientjournaler, anderledes indretning af fremtidens sygehuse og nye behandlingsformer.

De præhospitale enheder vil måske i stadig højere grad blive betragtet som fremskudte behandlingssteder, og med de accelererende patientforløb vil der blive stillet nye krav i hele kæden. Problemstillinger vedr. resistente bakterier som MRSA og patogene bakterier vil ligeledes stille nye krav til, hvordan rengøring og håndtering af smitteudsættelse skal tilrettelægges, og hvilke tekniske specifikationer udstyret skal kunne leve op til i fremtiden.

Alt sammen er det forhold, som vil påvirke kravene til medarbejderne i hele den præhospitale branche, og dermed også til den liggende sygetransport og de medarbejdere som arbejder her.

Diskussion om den fremtidige organisering af den liggende sygetransport

Hvilke konsekvenser kan det få for den liggende sygetransport, at der vil ske ændringer i fremtiden, i takt med at sygehusstrukturen forandres? Her tænkes på, at der er planlagt flere store regionshospitalet (supersygehuse) i regionerne, og flere mindre sygehuse er under nedlæggelse eller vil blive nedlagt. Hvilke former for fleksibilitet kunne der være behov for i den fremtidige organisering af den liggende sygetransport? Vil der være mulighed for større fleksibilitet og dermed større variation og indhold i arbejdet ved at ændre jobbenes sammensætning?

I de øvrige nordiske lande arbejder man med helt andre organiseringsmodeller end den danske. I Norge har man til den liggende sygetransport busser bemandet med sygeplejersker. Transporten til bussen på opsamlingsstedet klares med taxi eller med ambulance. I bussen er plads til tre bårer. I Sverige gennemføres noget sygetransport med taxier og anden i ambulancer, og i Sverige er der gjort forsøg med flere patienter i samme bil med dertilhørende speciel opstilling af bårer. Der er også busfirmaer, som har vundet opgaver. I Finland kører man udelukkende liggende sygetransport i ambulancer.

Det er forventningen, at de nye supersygehuse vil medføre mere transport, der kommer mere kørsel og større afstande. De længere transporter vil stille krav til uddannel-

sen. Risikoen for at patienter bliver dårlige undervejs øges med de længere transporter. Det kan forventes, at der vil blive behov for mere overvågning, end der er i dag, og derfor også at medarbejderne, hvis de skal bemande disse biler, skal være bedre at vurdere patientens almentilstand. Det kan også være med til yderligere at sætte fokus på medarbejdernes evne til at vurdere snitflader mellem behandlingskrævende eller ikke-behandlingskrævende. Eksempelvis ved en vurdering af en patient med et brækket ben eller hofte. Hvis man skal køre patienten i 10 minutter, er det en anden situation, end hvis transporten varer en time. Vil det da være en anden slags vurdering, der skal til?

Ligeledes kan de større afstande også medføre en vurdering af, om det fremover vil være en fordel at indføre liggende sygetransporter med 'let behandling' (med eksempelvis mulighed for at give ilt) for at aflaste ambulancerne. Da ilt er at betragte som medicinsk indgriben, da den interagerer med sygdommen, kræver den uddannelse og styrkede kompetencer i forhold til observation og vurdering af patienten.

Ændringer af strukturen i en region vil endelig sætte fokus på en bedre styring af ressourcer, det vil blive yderligere vigtigt, at de rette biler kommer frem i første omgang, f.eks. at XL-bilen når frem og ikke skal rekvireres i 2. omgang. *"Jo længere køreture, jo vigtigere er det, at den rette type køretøj kommer frem"*.

Diskussion om sikker transport og håndtering af patienterne

Er der behov for flere oplysninger om patienterne, for at medarbejderne kan yde en bedre service over for patienterne?

Iblandt medarbejderne og øvrige respondenter er der en række synspunkter på dette. Det er meget begrænsede oplysninger, medarbejderne modtager forud for en tur. Der er udbredt enighed om, at der *ikke* er behov for viden om diagnoser, men at information om patientens tilstand vil styrke medarbejdernes mulighed for at give en god service og foretage en sikker forflytning og transport. Forhold omkring adgangsforhold, om patienten vejer mere end 120 kg, evt. smittefare, samt patientens mobilitet nævner flere medarbejdere, at det ville være hensigtsmæssigt at modtage i større udstrækning, end det sker i dag. På udviklingsworkshoppen var der forslag om, at følgende oplysninger kunne forbedre arbejdet for medarbejderne og også medvirke til at forbedre produktiviteten:

- Vægt - patientens vægt har betydning for, om XL-materiel kommer rettidigt frem.
- Fysisk handicap - har patienten ben/kan patienten støtte på benene?
- Lammelser - hvor meget hjælp skal patienten have?
- Særlige forhold som f.eks. demens.

Men medarbejderne er forskellige i deres præferencer og deres måde at gå til arbejdsopgaverne, hvilket disse to udsagn fra undersøgelsen illustrerer: *'Selvom det er sygetransport, er det altså rart at vide, hvad man kommer ud til. Jeg savner meldingerne'*. Et andet synspunkt går på, at medarbejderen oplever, at han er bedre til at gribe opgaven an, hvis han møder "uhildet" frem til patienten: *"Adgangsforhold - personligt be-*

høver jeg ikke at vide det, før jeg er der. Jeg vil gerne selv se, hvordan adgangsforholdene er. Men jeg vil gerne vide, om de er mobile eller ikke mobile”.

Nødvendigheden for udbyggede meldinger begrundes blandt respondenterne i, at de kan styrke medarbejdernes mentale forberedelse, en optimal patienthåndtering og en bedre håndtering af det samlede patientforløb, f.eks. ved en evt. smittesituation, hvor der bliver bedre mulighed for, at der træffes de rette forholdsregler - også ift. hvilke øvrige parter der skal orienteres, herunder modtagende sygehusafdeling, aflastningshjem mv. Der fremsættes forslag om at styrke bestillernes grundlag, blandt andet gennem disponeringsvejledninger på hospitaler og hos praktiserende læge, hvor det kan oplyses, hvilke funktioner de forskellige køretøjer har.

I den sammenhæng nævnes det også, at selv om der er mulighed for at styrke meldingerne, og derigennem allokere rette biler og udstyr til rette patient/opgave, vil der samtidig altid være en pligt til, for medarbejderne i sygetransporten, at vurdere situationen ved ankomst til patient og selvstændigt vurdere om opgaven kan løses forsvarligt - og hvordan.

Disponeringsvejledninger kunne indeholde information om:

- Information om hvad de forskellige køretøjer har af udstyr og kapacitet.
- Fælles retningslinjer for om en transport er behandlingskrævende eller ikke er behandlingskrævende.

På AMK-Vagtcentralerne modtager man informationer fra bestiller (sygehuset eller fra vagtlægen mv.), og dermed er det væsentligt, at der sættes ind ved at styrke bestillers grundlag for bestilling. I den sammenhæng er de (i nogle regioner) etablerede dialogmøder et godt udgangspunkt for gensidigt kendskab og styrkelse af fælles grundlag for bestilling.

Diskussion om uddannelse

Langt de fleste medarbejdere i den liggende sygetransport har i dag en længere uddannelse end krævet i regionernes udbudsmateriale. I forhold til de krav, der er opstillet i regionernes udbudsmateriale, er en stor del af medarbejderne overkvalificeret; idet kravene som beskrevet i kapitel 1 lyder på, at medarbejdere skal have et kursus i førstehjælp og kendskab til bære-/løfteteknik. Den uddannelse som anvendes af leverandørerne er på 20 dage og indeholder emner, som er relevante for at kunne erhverve den nødvendige kompetence.

De spørgsmål som har været rejst og debatteret med projektets interessenter er blandt andre; hvilke muligheder og udfordringer der er i forhold til at tilgodese patienternes sikkerhed, hvis personalet udelukkende besidder de minimumsforudsætninger, der stilles i forhold til medarbejdernes uddannelse. Analysen har desuden behandlet, hvilke eventuelle supplerende krav der kunne stilles til de leverandører, der byder ind på opgaven.

- Skal vide, hvordan man håndterer demente personer, personer der er ængstelige, depressive eller på anden vis er psykisk påvirket af situationen.
- Skal have kendskab til en række sygdomme, som især ældre mennesker rammes af (f.eks. diabetes, kræftsygdomme, nyresygdomme m.fl.).
- Skal have viden om hygiejne og smittefare ved infektionssygdomme.
- Skal kunne vurdere, hvordan en patient lejres på bedste måde på båren - skal hovedgærdet hæves - skal der en pude under knæene? osv.
- Skal kunne vurdere, om patienten selv kan flytte sig fra seng/stol til båren? Hvor meget og hvordan skal patienten støttes under flytningen?
- Skal kunne udføre alle typer af forflytningstekniker.
- Skal kunne bruge alle typer forflytningsredskaber.
- Skal have rutine i at køre bil.
- Skal have praksisviden om hensigtsmæssig placering af bil i gadebilledet, boligkomplekser mm i forhold til at foretage hensigtsmæssig bårehåndtering, forflytning samt transport med størst mulig sikkerhed for patienten.
- Skal have tilpas viden om patient og situation til at kunne demonstrere overskud og viden.
- Skal kunne optræde med ro og autoritet.

Respondenterne har endvidere udtalt sig om indhold af et fremtidigt uddannelsesgrundlag, og på hvilke områder der kunne være fordele ved at stille uddybende krav til leverandøren for at forbedre kvaliteten.

Krav der ønskes beskrevet i udbudsmaterialet kan ifølge deltagerne på udviklingsworkshoppen omhandle følgende forhold:

- Hygiejne og grundlæggende hygiejneprincipper.
- "Klinisk blik" - kompetence til vurdering af patienttilstand.
- Akkreditering.
- Køreteknik.
- Grundlæggende sygdomslære/sygdomsforståelse.
- Service, kultur, holdninger og etik.
- Mental forberedelse og psykologi.
- Ergonomi og forflytningsteknik.
- Førstehjælp inkl. hjertestarter.
- Psykisk førstehjælp.
- Engelsk.

Desuden nævnes det, at det med sandsynlighed fremover vil blive sådan, at leverandørens medarbejdere skal være i stand til at dokumentere, hvordan patienterne har haft det i den periode, de er blevet transporteret af leverandøren, f.eks. gennem anvendelse af forskellige dokumentationssystemer.

Medarbejdere og ledere inden for den liggende sygetransport fortæller, at udviklingen af arbejdsrelevante kompetencer sker i et samspil mellem den formaliserede læring, som udgøres af AMU-kurser eller virksomhedsinterne kurser, og så den interne, mindre formaliserede læring på arbejdet. En stor del af de kompetencer man har som medarbejder i den liggende sygetransport, er opnået gennem erfaringsbaseret læring og sidemandslæring, hvor man selv eller i makkerskab med sin makker på bilen eller på stationen taler om de oplevelser eller de observationer, man gør sig på turene.

Denne interne læring er væsentlig for kompetenceniveauet, men også for jobtilfredsheden, og udgør desuden en væsentlig baggrund for socialisering ind i arbejdsområdet. Det er derfor også blevet diskuteret, hvordan man fremover kunne opstille forudsætninger for at sikre, at der findes de rette kompetencer i den liggende sygetransport. Kunne det eksempelvis være en ide, at man ved et fremtidigt udbud kunne opstille minimumskrav om, at der i hver bil skulle være én person med uddannelse, som minimum svarende til assistent, eller 3-5 års erfaring som medarbejder i liggende sygetransport. Skal der udvikles en uddannelse til "liggende sygetransport medarbejder", en ambulanceassistent "light" i samarbejde med erhvervsskoler?

Det nuværende 20 dages kursus består, som det er sammensat i dag, blandt andet af uddannelsesmålet "Befordring af bevægelseshæmmede". Dette kursus har en varighed på fem dage, men deltagerne befinder sig overvejende i et klasseværelse og ikke i virkelige situationer. Man kunne forestille sig at præge uddannelsestilrettelæggelsen i retning af mere simulation og træning i rette omgivelser.

Ligeledes er det sådan, at leverandørerne i dag ansætter via test og samtale. Måske kunne man i fremtiden afprøve, om der kan hentes fordele ved at observere de potentielt nye medarbejdere på en prøvepraktik på en til to dage, og på den måde opfange om de har de ønskede, særligt personlige kompetencer. Det giver samtidig medarbejderne en mulighed for at undersøge, om jobområdet i virkeligheden er noget for dem, og de får en erfaring med at se, hvor syge patienterne kan være, og de reaktioner og situationer man kan forvente at komme ud for i jobbet. Endelig foreslår nogle, at det kunne være en ide med en praktikperiode på plejehjem.

Diskussion om akkreditering

Vil der i fremtiden være behov for, at medarbejderne får mere viden om smittefare og de særlige bakterielle problemer, som kræver mere viden om hygiejne? Eller er det tilstrækkeligt, at medarbejderne er instrueret i at bruge engangshandsker ved forflytninger, udskiftning af linned/tæpper og rengøring af materiel og udstyr?

Det er indtrykket fra undersøgelsen, at medarbejderne er omhyggelige og udviser påpasselighed med hygiejnen ift. de forskrifter, som er gældende for den liggende sygetransport. Men samtidig udtrykker en del medarbejdere usikkerhed, hvad angår især håndtering af patienter med mulige smitsomme sygdomme.

Flere medarbejdere i den liggende sygetransport og deltagere på udviklingsworkshoppen har nævnt akkreditering som en metode til at sikre en høj standard og kvalitet. I den sammenhæng nævnes, at akkreditering kan styrke anvendelse af retningslinjer for

hygiejnen, som ikke håndhæves på samme måde som på ambulancerne. Argumentationen går på, at man bør kunne det samme som krævet i akkreditering af ambulance-tjenesten, da man kan møde samme patientkategorier og smittefare/risici. Hovedelementer i en fremtidig akkreditering kunne være dels styrkelse af information, der når ud til medarbejderne, samt sammensætning af en tilsvarende hygiejnepakke, som findes i ambulancetjenesten. De respondenter som har formuleret sig mere indgående om indholdet nævner, at akkreditering også kunne omfatte uniformsdifferentiering, vogndifferentiering, information på skærm i bil fra bestillerpersonale om patientens tilstand (men ikke diagnoser), samt fastsættelse af regelmæssige møder mellem samarbejdspartnere til styrkelse af kommunikation om hygiejneforskrifter og forholdsregler.

Diskussion om medarbejdernes ansættelsesforhold

Medarbejderne oplever utryghed i forbindelse med udbudsrunderne, fordi de er nervøse for ukendte ansættelses- og arbejdsforhold hos nye leverandører. Derfor er spørgsmålet, om der er behov for at stille flere krav i udbudsmaterialet, som kan reducere medarbejdernes utryghed?

Spørgsmålet er, om medarbejdernes uro kan dæmpes ved, at der er en garanti for, at medarbejderne følger med over til en ny leverandør i forbindelse med udbudsrunder.

Der var ved udviklingsworkshoppen en bred enighed om, at udbud også fremover vil være den måde, som aftaler om løsning af opgaver inden for det præhospitale område vil blive indgået, og at det er et grundvilkår, at der er udbudsrunder med kortere eller længere tidsintervaller. Det er samtidig et område, som er politisk bestemt og derfor underlagt de politiske prioriteringer, som gør sig gældende, og derfor også umiddelbart for parterne i det præhospitale system synes svært at påvirke.

Nogle af de synspunkter som blev fremhævet for en længere udbudsperiode var, at udbudslængden har stor betydning for leverandørerne. Det er muligt at sammensætte billigere tilbud ved en længere udbudslængde, fordi det giver en længere periode, hvor leverandør kan afskrive investeringer. Der blev endvidere fremsat overvejelser om, at for medarbejderne vil en længere udbudsperiode opleves mere trygt og dermed give et bedre psykisk arbejdsmiljø, idet leverandøren har en bedre mulighed for at investere og arbejde strategisk med arbejdsmiljø, psykiske forhold, skånejobs mv. Dette kan være forhold, som på længere sigt kan medvirke til, at der findes den nødvendige kvalificerede arbejdskraft på arbejdsområdet.

Diskussion om de fysiske forhold

Kapitel otte har behandlet, om der er behov for at stille større krav til udformning af bilerne (affjedring, fartpilot) samt bedre ud- og indladning af bårerne og trappevognen, så medarbejderne ikke bliver belastet af tunge løft.

Det fysiske arbejdsmiljø er præget af meget tunge forflytninger og løft, som belaster medarbejderne. Køretøjer og udstyr aflaster medarbejderne i et vist omfang, men der er forhold ved ud- og indladning af båren og trappevognen, som kunne forbedres og dermed reducere en del af det tunge arbejde. Der tilbagestår derfor en udfordring for

udstyrsleverandører i at udvikle lettere, mere affjedrede og funktionelt materiel og udstyr til den liggende sygetransport. De vigtigste forhold omkring materiel og udstyr er, at det sikres, at hygiejnebetingelser og sikkerhedskrav også fremover skal være opfyldt. Den ovenfor beskrevne bedre disponering i relation til, hvad de enkelte biler kan håndtere, vil også skulle indbefatte krav til materiel/udstyr for at sikre et godt arbejdsmiljø for så vidt angår vægtgrænser fra normal til XL. Der skal stilles specielle krav til indretning og opbygning i bilen, at opfylde arbejdstilsynets regler om at alt skal kunne fastspændes; iltapparater, patientens ejendele såsom rollator mv.

Forholdene i hjem og på institutionerne er dog et større problem, end det er i bilerne. Der er sket en del forbedringer af forflytningsforholdene på hospitaler og institutioner, således er der indført loftslifte på mange stuer, men der er stadig lang vej igen, før medarbejderne kan anvende en loftslift, hver gang en patient skal afhentes. Desuden kan adgangsforhold ved hospitaler, institutioner og private hjem være svært tilgængelige både for kørsel med sygetransportvognene, og når patienterne køres på en bære eller forflyttes med en trappevogn. Derfor er det også ved udviklingsworkshoppen blevet diskuteret, hvorvidt det er muligt at stille krav, som kan forbedre disse forhold. Dette er en meget vanskelig problemstilling, da der er mange udfordringer forbundet med at stille krav til, hvordan forholdene er i patientens eget hjem.

Til fremtidige byggeprocesser kunne der vejledes om de eksisterende byggreglementer om adgangsforhold i nybyggeri (elevator) og i forbindelse med ombygninger. En fremtidig inddragelse og prioritering af gode adgangsforhold i forbindelse med byggeri vil gøre, at man kan undgå de situationer, som kan opstå i dag, hvor det gælder, at hvis der er dårlige adgangsforhold i en bolig, så er det leverandøren som får påbuddet fra Arbejdstilsynet og ikke den pågældende bygherre. De samme problemstillinger gør sig gældende inden for hjemmeplejen. Arbejdsopgaven er udbudt af regionen, løses af en leverandør og udføres på et sted, som eksempelvis et kommunalt plejecenter eller et boligselskab mv. Det giver nogle grænseproblematikker. I Norge og Sverige har man indført indrapporteringssystemer vedr. forhold i hjemmet, som påvirker arbejdsmiljø, hvor der er forpligtelse til at reagere på disse henvendelser.

Diskussion om betydningen af opmærksomhed, kvalitet og opbygning af støttekultur

Der hersker blandt leverandørerne - medarbejdere og ledere - en opfattelse af, at opmærksomheden i regionerne og hos leverandørerne generelt er rettet mere imod den akutte ambulancetjeneste end imod den liggende og siddende sygetransport. Forholdene i den akutte tjeneste opfattes generelt som mere krævende fysisk såvel som psykisk. Der er imidlertid ingen tvivl om, at begge dele af branchen repræsenterer arbejde, som er psykisk og fysisk udfordrende, men at belastningerne har forskellig karakter.

Generelt er det opfattelsen, at den liggende sygetransport set i forhold til den akutte tjeneste er præget af, at vagtformerne er bedre, og at der forefindes flere hjælpemidler (og muligvis en mere udbredt kultur om at de anvendes hver gang, da der er tale om planlagte forflytninger). Jobbet er psykisk mindre belastende, blandt andet fordi der altid er mulighed for at tilkalde øvrigt personale fra ambulancedelen. Derudover skal man ikke, som i den akutte tjeneste, have vurderet sit behandlerbevis hvert år.

Dette opleves typisk fra akutredderes side som en belastning i form af ekstra uddannelsesindsats og opdatering på videndelen, med efterfølgende prøvesituation.

Hvor den akutte tjeneste er påvirket af de hurtige skift mellem perioder med høj intensitet og stress ved akutte situationer - samt krav om hurtig omstilling, også under døgnvagter - er de psykiske påvirkninger af medarbejderne i den liggende sygetransport af en anden karakter. Medarbejderne her kan opleve psykisk træthed, fordi de dagligt bliver "bombarderet" med mange håbløst syge mennesker. Når man taler med medarbejderne om disse forhold, har de næsten alle deres egen personlige historie om en episode, der har "sat sig" - eller noget de særligt bliver påvirket af. Det kan være, at det er særligt svært at hente en syg far og samtidig se "de små sko i entreen" - hvortil der kan knytte sig en fortælling om dem selv i arbejdet og håndteringen heraf. De fortæller også alle om forskellige personlige strategier til at håndtere den psykiske træthed f.eks.: *"Jeg tager ikke mit arbejde med hjem"*, eller ved at man løser det ved en kort snak over kaffekoppen med en kollega på stationen eller i bilen. Andre medarbejdere fortæller, at de i overgang fra deres eventuelle behandlerjob til sygetransport er blevet "mere tunge" i opgaveløsningen, at de keder sig eller kan føle en frustration ved ikke længere at skulle bruge deres kompetencer. Enkelte siger, at de kan føle irritation over patienter, som klager sig over forholdene, når man som tidligere redder i den akutte tjeneste har set ting, *"der er meget værre"*.

Udover patientkontakten fortæller medarbejdere om, at forholdet til makkeren, man kører med, også er væsentlig for det psykiske klima, 95 % af det gode arbejde i den liggende sygetransport handler om, om man har en god makker. *"Selv om man ikke systematisk briefer, så får man alligevel gjort det med den gode makker."* Det modsatte tilfælde, hvor man ikke kan sammen med sin makker, er ødelæggende for opgaveløsningen, og i de tilfælde er det kutyme, at man har mulighed for at skifte. Enkelte medarbejdere påpeger, at målbarheden, responstid, den mulige overvågning, bodudmåling; f.eks. ved forglemmelser ved indtastning på skærm i bilen, er psykisk belastende.

Dette rejser spørgsmål om, på hvilke måder man hos leverandørerne - i relationen mellem ledere og medarbejdere og mellem medarbejderne - kunne skabe et grundlag for dels bedre at forstå betydningen af og mindske de psykiske påvirkninger? Har medarbejderne eksempelvis behov for at få "rum og tid" til at bearbejde oplevelser med patienterne, og hvordan kunne dette grundlag bringes til veje?

Selv om medarbejderne ikke har længerevarende kontakt med den enkelte patient, så er der behov for - som på plejehjem og på hospice - at medarbejderne får mulighed for at bearbejde kontakten med patienterne i støttende grupper eller gennem støttesamtaler.

De fremtidige mulige løsninger formuleret fra respondenterne spreder sig over et bredt spekter: Samtaler, dialogmøder eller egentlig systematisk kollegial supervision, i starten som et frivilligt tilbud og på lidt længere sigt én gang årligt med inspiration fra dele af social- og sundhedsområdet, hvor man gennemfører "tvungen supervision". Det kunne ligeledes være temaer ved MU-samtaler, som meget gerne skulle afdække, hvis der er medarbejdere, der har det vanskeligt med de psykiske påvirkninger.

Som en udgangsreplik vedr. de psykiske belastninger i arbejdet vil vi citere fra udviklingsworkshoppen, hvor en ambulancebehandler med erfaringer fra liggende sygetransport fortæller om hans syn på udfordringerne:

”Det er voldsomme oplevelser, det er godt nok ikke død og ødelæggelse, men alligevel kan det være hårde sager. F.eks. at fortælle en mor, et hendes søn er døende, er det der belaster - det der for mig i hvert fald er det værste, er at tage del i andre folks følelser. Man kender ikke de mennesker, der er tale om, men man kommer tæt på dem i situationen. Det er ikke helt sunket ind. Men vi får et problem i fremtiden. I dag har vi hærdede medarbejdere, men hvad sker der med de nye medarbejdere? Vi ved det ikke, men det kan blive et problem. Problemstillingen opstår, når de står over for patienter, som får det rigtig skidt, og de ikke aner hvorfor. De er ikke i stand til at bearbejde deres oplevelser, for de aner ikke, hvad de står overfor. Samtidig med det er de enormt effektive, de har kun den ene type kørsler, og de har mange, og det er intensivt. Vi får et psykisk arbejdsmiljøproblem. Det bliver en udfordring for systemet. At disse medarbejdere bør skulle kunne overskue situationen - sådan at vi ikke får fejlurderinger”.

Vi håber, at denne analyse med dens beskrivelser, vurderinger og opstilling af spørgsmål til videre undersøgelse kan skabe grundlag for en fremtidig dynamisk og sund udvikling af den liggende sygetransport til gavn for patienterne og for de medarbejdere, som betjener dem.

Vi vil gerne takke medarbejdere og ledere i den liggende sygetransport og i regionerne, som har bidraget med at kaste mere lys på et område, hvis forhold ikke hidtil er indgående beskrevet, og måske derfor ikke har så megen opmærksomhed i debatten i Danmark.

Det fortjener den.

11. Litteraturliste

Aarkrog, Vibe: Erhvervsuddannelsen til redder. En procesevaluering. Danmarks Pædagogiske Universitet. 2005.

Branchearbejds miljørådet for transport og engros: Forflytningsteknik i ambulance og sygetransport. Branchevejledning. 2011.

Branchearbejds miljørådet for transport og engros: Sikkerhed og arbejdsmiljø i sygetransportvogne. Branchevejledning. 2010.

Bonnén: Planlægningen af akutberedskabet og den præhospitale indsats. 2009.

Brøcker, Anne m.fl.: Anæstesisygeplejersker og paramedicinere i det præhospitale beredskab. KORA. 2012.

Danske Regioner: Uddannelsesordning for ambulancebehandler-uddannelsen. 2011.

Danske Regioner: Uddannelsesordning for ambulancebehandler-uddannelsen med særlig kompetence (paramedicinere). 2011.

Danske Regioner: Uddannelsespolitisk oplæg - Kvalitet i fremtidens sundhedsuddannelser. 2012.

Erhvervsskolen Nordsjælland: Alfabetisk oversigt over fag, praktikmål og temaer. 2011.

Hviid, Eigil og Knudsen, Bjarne: Hovedforløb Redder. Lokal undervisningsplan 2011.

Jansbøl, Kåre m.fl.: Den præhospitale indsats i Region Sjælland. En undersøgelse af borgernes oplevelse og tilfredshed. Notat 2012.

Kjellberg og Kjellberg: Præhospital indsats - hvem redder dig. KORA. 2012.

Ministeriet for børn og undervisning: Div. fælles kompetencebeskrivelser og målbeskrivelser for uddannelser for området 'liggende sygetransport'.

Mærsk Nielsen og Nørskov: Ambulance, assistance og redning - en analyse af branche- og uddannelsesstrukturer. 2012.

Møller Pedersen, Kjeld: Bedre (hånd)hygiejne og økonomiske konsekvenser. Syddansk universitet. 2007.

Møller Pedersen, Kjeld og Kolmos, Hans Jørn J.: Hospitalsinfektioners økonomi. Syddansk Universitet Health Economics Papers 2007:4.

News Medical: Ambulancer - svage led i kampen mod MRSA. 6. september 2005.

Overenskomst mellem 3F og Dansk Industri gældende for ambulancetjeneste og red-
derarbejde i Falck Danmark 2012-2014.

Region Hovedstaden: En samlet orientering om udbudsforløbet vedrørende ambulan-
cekørsel og sygetransport i Region Hovedstaden. (Notat) 31. januar 2009.

Region Hovedstaden: Præhospital indsats og sundhedsberedskab i Region Hovedsta-
den. 2008.

Statens Seruminstitut, Den centrale enhed for sygehushygiejne og epidemiologisk af-
deling: Ambulancehygiejne. 2005.

Transportgruppen, 3F: Ambulanceassistent, ambulancebehandler, Paramediciner -
nøglepersoner i Danmarks præhospitale indsats. 2012.

Teknologisk Institut, Center for Arbejdsliv: Rengøringsbesparende overflader på hospi-
talsenge - Demonstrationsprojekt på Rigshospitalet. 2012.

Udbudsbekendtgørelse 2008: Liggende patientbefordring (Sygetransport) i Region Ho-
vedstaden.

Udvalget om det præhospitale akutberedskab. Status for udvalget om det præhospita-
le akutberedskab. Bilag 1: Beskrivelse af regionernes indsats og planer på det
præhospitale område. 2010.

Ugeskrift for Læger 169/48. Temanummer om infektionshygiejne. 26. november 2007.

Ugeskrift for Læger 174/26-33. Patientsikkert Sygehus skaber flotte resultater - lang-
somt. 25. juni 2012.

Vinge, Sidsel: Det præhospitale område i Sjælland - En interviewundersøgelse af med-
arbejdernes perspektiv. 2013.

Bilag 1 - Skema over kørslerne

I tilknytning til observationskørsler er der på to stationer gennemført korte introducerende interview med medarbejdernes ledere, og når hensynet til patienterne tillod det (imellem turene og ved vagtens afslutning), er der gennemført uddybende interview med medarbejderne.

Stationer	Medarbejdernes erfaringer	Medarbejdernes uddannelse	Antal patientkørsler	Besøgte hospitaler
Region Hovedstaden, Hvidovre	Begge reddere har mere end 25 års anciennitet.	Bredt uddannet og er behandler. Bredt uddannet - opfriskningskursus 20 dage i Esbjerg (Liggende sygetransport).	5 kørsler.	Herlev Righospitalet Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Region Hovedstaden, Hvidovre	En har kørt 3 år LS, men tidligere kørt SS. En har 35 års anciennitet.	Liggende sygetransport 20 dage uddannet. Er uddannet behandler.	6 kørsler.	Hvidovre Righospitalet Bispebjerg og Frederiksberg Hospital Glostrup Hospital
Region Hovedstaden, København Nordvest	Medarbejdere har mellem ½ og 3 års erfaringer med liggende sygetransport. (der byttes en vagt undervejs, derfor indgår tre medarbejdere)	Har kortere virksomhedsintern uddannelse En har taget første del af ambulanceredder uddannelsen. En har tidligere kørt siddende befordring og handicapbefordring.	10 kørsler.	Righospitalet, Amager, Bispebjerg Frederiksberg, Frederikssund Hospital
Region Midt, Aarhus	Unge under 30 år og med fem års anciennitet.	Begge er uddannede i virksomheden – 2 år og 9 mdr.	5 kørsler.	Aarhus Sygehus Horsens Sygehus Hammel Neurocenter
Region Syddanmark, Dalum	En har været i ansat i virksomheden i 6 år. En har 20 års anciennitet.	Liggende Sygetransport 20 dage (i Esbjerg). Er uddannet behandler.	6 kørsler.	Odense Universitetshospital
Region Nordjylland, Aalborg	En har været 3½ år i virksomheden. En har været et år i virksomheden.	Liggende Sygetransport 20 dage. Vil starte uddannelse til redder. Er under uddannelse til redder.	3 kørsler (samt besøg på AMK-Vagtcen-tral).	Aalborg Sygehus Syd Hjørring Sygehus
Region Sjælland, Holsted	En har været 31 år i virksomheden. En har været 30 år i virksomheden.	Første behandlerkursus. Alle behandlerkurser.	3 kørsler.	Næstved Sygehus Vordingborg Psykiatriske Hospital

Bilag 2 - Oversigt over øvrige gennemførte interview

Opfølgende telefoninterview (efter observationer) med medarbejdere hos leverandører.

Telefoninterview med medarbejder hos leverandør, der ikke har deltaget i observation.

Telefoninterview med plejehjem i Region Hovedstaden.

Telefoninterview med plejecenter i Region Syddanmark.

Telefoninterview med plejecenter i Region Syddanmark.

Telefoninterview med leder hos leverandør Region Midtjylland.

Telefoninterview med leder hos leverandør Region Midtjylland.

Telefoninterview med vagtlæge i Region Hovedstaden.

Korte afdækkende telefoninterview med Danske handicaporganisationer, Ældresagen, Kræftens bekæmpelse, Diabetesforeningen, Nyreforeningen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Interview med social- og sundhedsassistent på aflastningscenter i Region Syddanmark.

Interview med ergoterapeut på aflastningscenter i Region Syddanmark.

Interview og observation under arbejde på AMK-Vagtcentral, Region Nordjylland.

Interview med chefkonsulent i Falck Danmark.

Interview med præhospital leder i Region Syddanmark.

Interview med chefkonsulent i Region Syddanmark.

Interview med præhospital leder i Region Hovedstaden.

Interview med operativ leder i Region Hovedstaden.

Interview med daglig leder og to tekniske disponenter, AMK-Vagtcentral, sygetransport. Region Hovedstaden.

Interview med leder hos leverandør i Region Hovedstaden.

Interview med supervisor hos leverandør i Region Hovedstaden.

Interview med to undervisere hos AMU-udbydere og telefoninterview med intern underviser hos en leverandør.

Interview med afdelingssygeplejersker, sygeplejerske og to lægesekretærer på dialyseafdeling, Vejle Sygehus, Region Syddanmark.

Interview med afdelingssygeplejerske og en lægesekretær på stråleafdeling, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark.

Interview med konsulent i Reddernes Udviklingssekretariat.

Bilag 3 - Oversigt over deltagergrupper repræsenteret ved udviklingsworkshop

Administrationschef	Amager og Hvidovre Hospital
Medarbejder	AMK-Vagtcentralen, Region Hovedstaden
Brancheformand	Chaufførernes Fagforening
Chefkonsulent	Dansk Industri
Medarbejder	Falck Danmark A/S
Medarbejder	Falck Danmark A/S
Sikkerhedsleder	Falck Danmark A/S
Uddannelseschef	Falck Danmark A/S
Medarbejder	Falck Hvidovre
Medarbejder	Falck Hvidovre
Medarbejder	Falck, Vesterbro
Medarbejder	Falck, Odense
Medarbejder	Falck, Odense
Leder	Falck Aarhus
Konsulent	Ferno Norden A/S
Direktør	Ferno Norden A/S
Formand	Falckredderne i Danmark
Leder	Forsvarets Sundhedstjeneste
Medarbejder	Frederiksberg Brandvæsen
Medarbejder	Frederiksberg Brandvæsen
Landsformand	Hospice Forum Danmark
Medarbejder	Københavns Brandvæsen
Medarbejder	Københavns Brandvæsen
Leder	Københavns Brandvæsen
Leder	Københavns Brandvæsen
Medarbejder	Københavns Brandvæsen
Medarbejder	Københavns Brandvæsen
Konsulent	Nyreforeningen
Afdelingssygeplejerske	Odense Universitetshospital
Fælles TR	Reddernes Faglige Klub København
Konsulent	Reddernes Landsklub
Konsulent	Reddernes Udviklingssekretariat
Konsulent	Reddernes Udviklingssekretariat
Medlem af regionsråd	Region Hovedstaden
Uddannelsesleder	Rescue Center Denmark
Underviser	Rescue Center Denmark
Konsulent	Teknologisk Institut
Konsulent	Teknologisk Institut
Projektchef	TrygFonden